

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A CONSTRUÇÃO DA PRESENÇA ATIVA  
DOS ESTUDANTES NO SISTEMA DE SAÚDE:  
O PROJETO



UNIVERSSI

ENTRE ITÁLIA E BRASIL

ANDREA CANINI

PORTO ALEGRE  
2016



**ANDREA CANINI**

**A CONSTRUÇÃO DA PRESENÇA ATIVA DOS ESTUDANTES NO SISTEMA DE  
SAÚDE: O PROJETO UNiverSSI ENTRE ITÁLIA E BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim.

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade.

**Porto Alegre, maio de 2016.**

## CIP - Catalogação na Publicação

Canini, Andrea

A construção da presença ativa dos estudantes no sistema de saúde: o projeto UNiverSSI entre Itália e Brasil / Andrea Canini. -- 2016.  
104 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Atenção Básica. 2. Educação dos profissionais de saúde. 3. Saúde Global. 4. Cooperação Brasil-Itália. 5. Saúde Coletiva. I. Burg Ceccim, Ricardo, orient. II. Título.

**ANDRE CANINI**

**A CONSTRUÇÃO DA PRESENÇA ATIVA DOS ESTUDANTES NO SISTEMA DE SAÚDE: O PROJETO UNiverSSI ENTRE ITÁLIA E BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Data da Aprovação: 27/05/2016.**

**Banca Examinadora:**

***Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla***

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRGS

***Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio***

Departamento de Educação Física; Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, UFRGS

***Profa. Dra. Daniele Noal Gai***

Departamento de Estudos Especializados; Faculdade de Educação, UFRGS

***Prof. Dr. Ardigò Martino***

Centro de Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bolonha

Dedico esse trabalho aos participantes do VER-SUS/Brasil e UNiverSSI/Itália,  
2015-2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de contato com o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde e a Rede Governo Colaborativo em Saúde, por terem me proporcionado entrar em contato com professores e profissionais que foram, e que são, fundamentais para o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil e importantes parceiros da cooperação com a Itália, em especial com a Região da Emília-Romana e com a Universidade de Bolonha.

Ao Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim, pela oportunidade de conhecer o seu trabalho e aprender que na academia também se cria e se ousa possibilidades, ainda que infelizmente causem oposição.

Ao Centro de Saúde Internacional e Intercultural e aos seus pesquisadores docentes ou em formação. Ao professor Angelo Stefanini pela ousadia de sua criação.

À Região da Emília-Romana, à Casa da Saúde Terre e Fiumi, de Copparo (Ferrara), às Casas da Saúde Bagnacavallo e Cotignola (Ravenna) e aos moradores das localidades de Bageara di Romagna, Berra, Copparo, Cotignola, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo e Villanova di Bagnacavallo, pelo acolhimento de nosso UNiverSSI.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Governo do Brasil, pela bolsa de estudos.

Aos professores que participaram da minha avaliação de projeto de pesquisa e relatório de campo, os professores Alcindo Antônio Ferla, Luiz Fernando Silva Bilibio e Daniele Noal, todos doutores em Educação, com pesquisas em Saúde Coletiva, e professor Ardigò Martino, doutor em Saúde Pública, com pesquisas em Educação Médica.

Aos colegas do grupo de pesquisa com o professor Ricardo: Alexandre Loureiro Sobral Amorim, Ardigò Martino, Carla Félix dos Santos, Daniele Noal Gai, Guilherme Souza Müller, Liliane Maria dos Santos, Mariane Brusque Radke e Renato Lewin Borges, estudiosos em medicina, antropologia médica, enfermagem, pedagogia, saúde coletiva, serviço social, psicologia e filosofia, respectivamente.

## RESUMO

A formação dos profissionais de saúde está vivendo um período de grande crise. Crise marcada pela incapacidade de atualizar as metodologias e os conteúdos de ensino às profundas mudanças ocorridas nas últimas décadas quer no âmbito social, quer no âmbito da saúde. Crise, caracterizada pela fragmentação derivante da hiperespecialização, da assistência meramente reativa aos problemas de saúde da população e do escasso trabalho em equipe, particularmente evidente no campo da Atenção Básica, um setor fundamental para os Sistemas de Saúde universalistas e que se distingue pela sua abordagem integrada, multiprofissional e continuada no cuidado das pessoas. Na Universidade de Bolonha foi criado o projeto Integração entre Universidade e Sistema Sanitário Italiano – UNiverSSI, com a intenção de compartilhar uma experiência de aprendizagem transformadora entre estudantes, pesquisadores e docentes no espectro da Atenção Básica. Este projeto nasce nas redes mais amplas do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva e do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, do qual este último faz parte, cooperação entre o Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha, a Região da Emília-Romana, o Ministério da Saúde do Brasil e numerosas universidades e instituições brasileiras. O projeto UNiverSSI se põe em comunicação com a atividade formativa do projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS, criado no Brasil em 2006, e representa, portanto, uma experimentação de aprendizagem colaborativa interprofissional no cenário da saúde global, apontando reforço dos Sistemas de Saúde locais e o direito à saúde. A metodologia de pesquisa e a coleta de dados embasaram-se em múltiplas ferramentas, enquanto a análise dos dados foi efetuada através de uma técnica qualitativa, a análise temática indutiva, ao fim de valorizar as percepções e as interpretações de estudante e monitores que fizeram parte do projeto. Os resultados apontam que favorecer uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e de equipe, integradora entre ensino-serviço-território, e baseada no envolvimento direto dos estudantes na realização das atividades pode proporcionar uma valiosa experiência de aprendizagem da Atenção Básica e implicação com seus princípios.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Educação dos profissionais de saúde. Saúde Global. Cooperação Brasil – Itália. Saúde Coletiva.

## **ASTRATTO**

La formazione dei professionisti sanitari vive attualmente un periodo di grande crisi, segnata dall'incapacità di aggiornare i metodi e i contenuti dell'insegnamento alla luce dei profondi cambiamenti occorsi negli ultimi decenni sia a livello sociale che sanitario. Tale crisi, marcata dalla frammentazione derivante dall'iperspecializzazione, dall'assistenza di tipo reattivo e dallo scarso lavoro in team, diviene particolarmente evidente proprio all'interno dell'ambito della Primary Health Care, ovvero all'interno di un settore fondamentale per i Sistemi Sanitari universalistici e che si caratterizza per il suo approccio integrato, multiprofessionale e continuativo ai problemi di salute della popolazione. All'interno dell'Università di Bologna abbiamo creato il progetto UNiverSSI con l'intenzione di condividere un'esperienza di apprendimento trasformativo tra studenti, ricercatori e docenti nell'ambito della Primary Health Care. Tale progetto nasce all'interno della più ampia rete del "Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva", un progetto di cooperazione tra il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna, la Regione Emilia-Romagna, il Ministero della Salute del Brasile e numerose Università e Istituzioni brasiliane. Il progetto Universi si pone infatti in dialogo con un'analogha attività formativa sorta in Brasile nel 2006 - il VER-SUS - e rappresenta dunque una sperimentazione di apprendimento collaborativo all'interno del panorama globale volta al rafforzamento dei Sistemi Sanitari locali e del diritto alla salute. La metodologia di ricerca utilizzata così come la raccolta dei dati hanno fatto ricorso a strumenti molteplici, mentre l'analisi dei dati è stata effettuata attraverso una metodologia qualitativa, l'analisi tematica induttiva, al fine di mettere in evidenza le percezioni e le interpretazioni dell'esperienza svolta da parte di coloro che vi hanno partecipato. I risultati di questa tesi mostrano come il favorire un approccio multiprofessionale, integrato tra università-servizi-territorio, e basato su un coinvolgimento diretto degli studenti nella realizzazione delle attività formative, può rappresentare una valida opzione per la promozione della Primary Health Care e dei suoi principi tra i futuri professionisti sanitari.

**Parole chiave:** Cure Primarie. Formazione dei professionisti sanitari. Salute Globale. Cooperazione internazionale Brasile – Italia. Salute Collettiva

## **Lista de Siglas**

AprenderSUS - O Sistema Único de Saúde e a Mudança nos Cursos de Graduação

CdS - Casa da Saúde

CSI - Centro de Saúde Internacional e Intercultural (Universidade de Bolonha)

ECM - Educação Continuada em Medicina

EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

IMIP - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco

ISTAT - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PHC - Primary Health Care / Atenção Básica

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PROMED - Programa de Incentivo à mudança Curricular em Medicina

PRÓ-SAÚDE - Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROUNI - Programa Universidade para Todos, Governo do Brasil

SPI-CGIL - Sindicato Aposentados Italianos - Confederação Geral Italiana do Trabalho

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIBO - Universidade de Bolonha

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNiverSSI – Università verso il Sistema Sanitario Italiano

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## SUMÁRIO

PREMISSA .....	11
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>A EDUCAÇÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE: TORRE DE MARFIM EM RISCO DE DESABAR .....</b>	<b>17</b>
<b>A CRISE DA UNIVERSIDADE .....</b>	<b>18</b>
<b>A CRISE DA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>	<b>24</b>
<b>A CRISE DA FORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>32</b>
<b>A CRISE DA FORMAÇÃO NUMA PERSPECTIVA INTEGRADA BRASIL-ITÁLIA ...</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO II:</b>	
<b>“APRENDER A APRENDER” NO MUNDO GLOBAL: EM QUE CONTEXTO NASCE O UNiverSSI .....</b>	<b>41</b>
<b>O LABORATÓRIO ÍTALO-BRASILEIRO DE PESQUISA, FORMAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA .....</b>	<b>42</b>
<b>A CASA DA SAÚDE: OPORTUNIDADE PARA REPENSAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ITÁLIA .....</b>	<b>45</b>
<b>VER-SUS: EXEMPLO CONCRETO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO III:</b>	
<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>54</b>
<b>A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: DIÁLOGO ENTRE BRASIL E ITÁLIA .....</b>	<b>56</b>
<b>A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>61</b>
<b>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: GRUPO FOCAL, DIÁRIO DE CAMPO E VÍDEO-ENTREVISTAS .....</b>	<b>63</b>
<b>A ELABORAÇÃO DOS DADOS: ANÁLISE TEMÁTICA INDUTIVA .....</b>	<b>64</b>
<b>O “GRUPO DE ESCRITURA DE ARTIGOS” OU DE COMO SAIR DO ISOLAMENTO ALIENANTE DA PESQUISA E “APRENDER A APRENDER” COLETIVAMENTE .....</b>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO IV:</b>	
<b>O PROJETO UNiverSSI: TROCA DE IDEIAS NA FORMAÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<i>O NASCIMENTO DO PROJETO UNiverSSI .....</i>	<i>69</i>
<i>A ARTICULAÇÃO COM OS ESTUDANTES E SUAS ASSOCIAÇÕES .....</i>	<i>70</i>
<i>DO VER-SUS AO UNiverSSI: A IDEIA DO NOME .....</i>	<i>70</i>
<i>O PERCURSO FORMATIVO DO UNiverSSI .....</i>	<i>71</i>
<i>A ARTICULAÇÃO COM A ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA .....</i>	<i>75</i>
<i>O PONTO DE VISTA DO UNiverSSI SOBRE A SAÚDE .....</i>	<i>76</i>
<i>O PROTAGONISMO DOS ESTUDANTES .....</i>	<i>79</i>
<i>A INTERPROFISSIONALIDADE DO/NO UNiverSSI .....</i>	<i>82</i>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>

## PREMISSA

Esta dissertação nasce no encontro entre dois mundos distantes e diferentes, próximos e semelhantes como a Itália e o Brasil, mas nasce ainda antes dentro de mim, das experiências de viagem que fui capaz de reter e daquelas que se perderam na caminhada. Ser exposto a tantas experiências é ao mesmo tempo um privilégio e um risco porque nos vemos continuamente despreparados em gerir partes da vida tão intensas e quando mesmo que se consiga encontrar um texto, uma poesia ou uma discussão que pareça nos oferecer uma solução, estas são normalmente da mesma matéria e duração de um sorriso; ou, ecoando as palavras de Umberto Eco, “as únicas verdades que servem são ferramentas de se jogar fora”<sup>1</sup>. Nas páginas a seguir, procurei colocar em diálogo os diversos estímulos acumulados durante o percurso desta estrada entre dois mundos, através de um filtro que não poderia deixar de ser subjetivo, sem pretensão de indicar regras e soluções genéricas, mas com o objetivo de fornecer um testemunho de mudança, sobretudo individual. Já mesmo esta introdução não teria existido se eu tivesse permanecido imóvel e ligado a uma tradição europeia que muitas vezes confunde a impessoalidade da escrita e o anonimato do escritor com uma maior “cientificidade” e objetividade do produto. Sob o conselho do meu orientador, entendi que o início de toda a narrativa deveria partir de mim mesmo, do que me havia levado até aqui e dos questionamentos que as experiências presentes e passadas haviam contribuído a gerar. Pode parecer pouca coisa, mas na verdade não é; significa afirmar um espaço e uma dignidade a experiência individual dentro de uma produção acadêmica manifestadamente dessubjetivante, em que a remoção da experiência direta do indivíduo se torna instrumental à remoção das conflitualidades das quais se nutre a vida. Significa ainda poder narrar as tortuosidades e hesitações constantes no processo de pesquisa, sem temer, entretanto, uma perda da sua direção.

Vamos, então, pela ordem. No final do meu sexto ano de faculdade – de estudante inquieto, sempre em busca de alguma coisa que faltava – fui progressivamente me aproximando do Centro de Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bolonha, Itália, tendo

---

<sup>1</sup> Eco, U. O nome da rosa. Editora Bompiani. 1980.

“Você disse uma coisa muito bonita Adson, te agradeço. A ordem que a nossa mente imagina é como uma rede ou uma escada que se constrói para alcançar alguma coisa. Mas depois se deve tirar a escada porque se descobre que, mesmo que servisse, era privada de sentido. *Er muoz gelichesame die leiter abewerfen, sô er an ir ufgestigen ist...* Se diz assim? Soa assim na minha língua. Quem disse isso? Um místico das tuas terras. Escreveu isso em algum lugar, não me lembro onde. E não é necessário que alguém um dia reencontre aquele manuscrito. As únicas verdades que servem são ferramentas pra se jogar fora”.

em vista o meu interesse pela “Saúde Global” e pelas reflexões em torno da educação dos profissionais de saúde que vinham então se perfilando dentro do grupo. Naquele período, muita atenção estava voltada ao Brasil e ao Sistema Único de Saúde, que representava um dos campos de estudo mais interessantes da *Primary Health Care*, sobretudo para um país como a Itália, caracterizado por um retardo que pode até ser considerado crônico no desenvolvimento de estratégias inovadoras para a sua Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica, na Política Nacional de Saúde, no Brasil).

A Atenção Primária à Saúde, para mim, como para grande parte dos estudantes da área médica, representava uma especialização de pouco interesse, em parte por aquelas que eu então percebia como limitadas possibilidades diagnósticas e terapêuticas do médico generalista, e em parte pela complexa obsolescência estrutural que, na Itália, ainda caracteriza a profissão médica, vivida muitas vezes no isolamento do próprio ambulatório. Nas minhas idas, tornadas cada vez mais frequentes ao CSI, escutava falar pela primeira vez em Atenção Básica, em Sistema Único de Saúde e em metodologias didáticas de uma forma completamente nova, a forma da Saúde Coletiva; era um confronto que eu procurava há muito tempo, desde quando no segundo ano de medicina, junto aos colegas da associação de estudantes Gruppo Prometeo procurávamos levar outros olhares – através de debates, cine fórum e jornais – dentro de um percurso universitário que percebíamos cada vez mais como alienante e distante das exigências dos estudantes. Tinha também começado a participar, como representante dos estudantes, de reuniões dos órgãos oficiais da Faculdade como a Comissão Didática, para compreender rapidamente que a “didática” tinha sido completamente destituída em favor de uma lógica puramente economicista de alocação de recursos e fundos, a ser repartida entre aquisição de novos microscópios e instrumentos cada vez mais sofisticados; na faculdade nunca tinha ouvido falar em educação em saúde, nem havia até então clara a ideia de quanto fosse vasta e rica a produção cultural neste campo. Em poucos meses, a esperança de mudanças se dissiparam completamente, deixando espaço apenas para o peso de ter que continuar a participar daquelas reuniões.

Na primavera de 2012, um grupo de docentes da Universidade Federal de Pernambuco veio ao CSI apresentar uma série de palestras sobre metodologias didáticas utilizadas por eles no curso de medicina; falaram de aprendizado baseado em problemas, de didática em pequenos grupos, de extensão universitária. Falaram de possibilidades que foram pensadas ao longo dos anos, mas que foram contraditas na realidade de uma academia estática como a italiana. Como todo

estudante já próximo ao final do percurso acadêmico, me sentia tanto confuso quanto cheio de expectativas; a ideia de fazer uma monografia dentro de um gabinete não me agradava e as perspectivas que vinham do Brasil me pareciam de longe bem mais interessantes do que aquelas que eu teria se tivesse permanecido em Bolonha.

Assim, no verão de 2012, fui a Recife para desenvolver minha monografia na área de clínica médica dentro do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP e na Universidade Federal de Pernambuco. Antes de começar a fazer a monografia, a partir do conselho dos meus colegas do Centro de Saúde Internacional e de alguns docentes brasileiros, fui a Porto Alegre para participar do projeto “VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde”. Foi assim que, aquela que deveria representar uma experiência secundária dentro do meu percurso de monografia, logo se tornou uma experiência formativa fundamental no meu caminho. Não fazia exatamente ideia do que me esperaria no VER-SUS e todas as explicações que me forneciam pareciam algo de profundamente diferente dos modos nos quais tinha vivido até então o ambiente acadêmico. Sabia que teria a possibilidade de conhecer mais de perto o sistema de saúde brasileiro – principalmente o sistema de atenção primária – e que o faria junto a outros estudantes de vários cursos superiores, inclusive de outras áreas fora da saúde.

Durante as duas semanas do VER-SUS compartilhei dias inteiros com dezenas de estudantes brasileiros provenientes de cursos os mais diversos, mas comuns no mesmo interesse: estar ali para conhecer, mas sobretudo para defender o próprio sistema de saúde e a saúde da população. Evidentemente o defender, assim como o conhecer, implicava uma escolha política deliberada que nas intenções dos participantes se colocava em continuidade com os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira que, em 1988, havia levado ao nascimento do Sistema Único de Saúde. Entendi então uma coisa importante sobre a qual não havia refletido anteriormente: além de conhecer extremamente mal o sistema de saúde do meu país, sua história e suas razões, nunca reivindiquei um pertencimento a esse sistema, nem como cidadão, nem tampouco como profissional de saúde. O sistema de saúde era um dado aparentemente adquirido e irrevogável. Por que razões um percurso formativo que me fez passar repetidamente através dos espaços microscópicos da fisiopatologia de doenças raras não tinha me mostrado algo de tão fundamental como o sistema pelo qual eu seria chamado a trabalhar? Quais as consequências de uma tal ausência em um período histórico em que os sistemas universais vêm sendo silenciosamente desmantelados na ótica de uma suposta insustentabilidade econômico-financeira? Tinha começado a desnaturalizar o modo (e o mundo) em que havia estudado por

tantos anos. A saúde era algo de muito maior do que os serviços de saúde e do que o sistema de saúde - isto eu sabia desde quando o próprio CSI me ensinou - mas como seria possível tentar afrontar esta complexidade dentro do próprio trabalho de médico?

Descobrimo o modelo de Atenção Básica brasileiro, experienciava aquela *Primary Health Care* da qual só tinha ouvido falar, sem no fundo nunca ter podido observá-la. A *Primary Health Care* vinha assumindo um interesse completamente novo que consentia manter unidos muitos aspectos até então distantes: a clínica, a saúde pública e o território, além de uma sensibilidade para os outros aspectos sociais da medicina que o ambiente do hospital por natureza ofuscava. Consentia manter viva uma concepção política da medicina e ir além da suposta neutralidade da clínica, como tinham me ensinado.

Durante o VER-SUS passávamos as jornadas descobrimo as atividades das Unidades Básicas de Saúde, as dificuldades principais do trabalho cotidiano da equipe multiprofissional de saúde da família, íamos de casa em casa junto aos Agentes Comunitários de Saúde para entrevistar os moradores do bairro e conferir o estado de saúde dos mesmos; visitávamos os locais do bairro Restinga - um dos maiores bairros populares de Porto Alegre - onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem: estradas, escolas, fábricas, centros comunitários. Compreendi, assim, que era possível criar conexões entre universidade, serviços e território em uma ótica de participação democrática e de transformação recíproca. Aqueles setores que até então pareciam distantes e incomunicáveis uns com os outros, encontravam uma nova possibilidade de diálogo e uma nova síntese que colocava em crise as antigas convicções. Que tipos de figuras profissionais eram necessários àquele bairro, àquela cidade, àquele mundo? De quais capacidades e conhecimentos necessitavam? O olhar organicista e fisiopatológico que orientava o meu pensamento “de médico” era suficiente e adequado para afrontar a complexidade que vivia além dos muros dos hospitais e ambulatórios?

De novo tinha experienciado uma pequena revolução copernicana, ou seja, uma revolução que consiste em questionar-se, não a partir de si mesmo e das próprias necessidades, mas da realidade e das necessidades que circundam. No mundo da universidade, e mais em geral, do sistema educativo, é transversalmente vigente a lógica do talento. “Cultive aquilo que você sabe fazer bem e aprenda a fazê-lo melhor do que qualquer pessoa, desse modo terá a garantia do sucesso social e econômico”, pensava. Todo o percurso é marcado pela procura e construção solitária de um talento a se sobrepôr aos outros do mundo acadêmico e do trabalho. Não é retórico dizer que nesse processo a realidade social com suas necessidades não é levada em

consideração e que a metáfora da torre de marfim, empregada para descrever o isolamento intelectual das universidades, continua mais atual do que nunca.

De maneira progressiva e silenciosa, a estrutura segregante do sistema educativo estava construindo o nosso modo de observar a realidade: existiam diversas realidades separadas e incomunicáveis (a universidade, os serviços, o território, nós estudantes) e quando ainda se pensava sobre como poder melhorar o ensino e a prática do curso de graduação, se terminava inevitavelmente no hospital, lugar eleito para o aprendizado do futuro médico. De resto, era lógico, nunca tínhamos visto nada além do hospital. Durante o projeto VER-SUS tive a oportunidade de confrontar-me com estudantes provenientes de realidades completamente diversas (Bolívia, Brasil, Cuba e Itália) e observar que enquanto muitos problemas se apresentavam de maneira muito semelhante nos diversos contextos, em alguns países da América Latina o clima cultural e político tinha permitido encontrar soluções originais aos problemas complexos que permeavam o mundo acadêmico. Naquelas duas semanas quem mais me chamou atenção foi um grupo de jovens brasileiros que estudavam medicina em Cuba; trocamos muitas discussões sobre os sistemas de saúde e acadêmico cubanos e além das grandes inovações que eu percebia que caracterizavam aquela realidade, o aspecto que mais me chamava atenção era o grande entusiasmo com o qual descreviam a experiência de estudo deles; mesmo sendo estrangeiros, se sentiam parte de um discurso maior e coletivo que enchia de significado a experiência universitária deles.

Convidaram-me a ir ao encontro deles depois que eu concluísse a minha monografia e, assim, quando estava em Recife escrevi, sem muita esperança, um artigo para um Congresso Internacional de Saúde Pública que aconteceria em Havana, no qual relatava a minha experiência de estudo no Brasil. Depois de algumas semanas me comunicaram que o artigo - para minha surpresa - tinha sido aceito, e assim planejei passar em Cuba as minhas últimas três semanas antes de voltar à Itália. Antes de partir, mandei um e-mail aos companheiros “cubanos” do VER-SUS para dizer-lhes que iria a Cuba, como havia prometido. Nunca recebi uma resposta àquele e-mail, contudo eles mesmos tinham me avisado da dificuldade de receber e-mails, visto as dificuldades de acesso à Internet na ilha. Parti para Cuba (em meio a mil infortúnios que não cabem aqui ser contados), e depois da semana do congresso, que me permitiu conhecer mais de perto também o sistema de saúde cubano, decidi fazer uma viagem pelas suas principais cidades. Um dia, enquanto estava em Camagüey fazendo uma caminhada em frente a um belo pôr do sol, senti uma mão sobre meus ombros e imediatamente reconheci

uma voz amiga, assim inesperada quando se está em um país desconhecido. Não sei se chamaria de acaso, mas era exatamente um amigo brasileiro que conheci no VER-SUS, que me convidou a me juntar a um grupo de seus colegas de faculdade que se reuniria ali em pouco tempo. Falaram-me de toda a experiência deles em Cuba e de como o fato de estudar medicina ali os fez sentir parte de uma experiência maior que tinha dado um novo sentido ao desejo deles de se tornarem médicos, de se ocuparem de saúde, muito mais do que de doença, procurando afrontar, já durante o período universitário, os determinantes mais amplos que influenciavam o estado de saúde da população. Depois das experiências no Brasil e em Cuba, tinha começado a desnaturalizar o modo (e o mundo) no qual eu tinha estudado por tantos anos e fazendo isso, partes de mim que tive que deixar de lado no esforço de me adaptar àquela nova figura na qual eu era solicitado a transformar-me, um médico, encontravam agora um espaço de legitimidade para aflorar. Abriam-se imaginários novos e mais complexos que até então não havia pensado. Penso que nenhum discurso e nenhuma explicação, por mais eficaz que tenha sido, seria por si só suficiente para me convencer completamente a recolocar em discussão as sólidas convenções sobre as quais tinha sido construída a minha formação e o meu imaginário, se não tivesse interferido de maneira fundamental a *experiência direta* com a sua riqueza de percepções.

Este trabalho de mestrado, e antes dele, a escolha de continuar meus percursos na América Latina - entre entusiasmos, medos e um martelante interrogar-me sobre o significado de toda a viagem – interior, mais que ao exterior - é devido àquela breve experiência no VER-SUS, de quem a pensou e de quem dela participou. Ter tido a possibilidade de vislumbrar espaços de interação política direta entre academia, serviço e território atribuiu um significado novo e mais vasto às possibilidades de mudança que nós estudantes universitários poderíamos aportar na defesa do direito à saúde e no reforço de um sistema educativo democrático. Uma vez tornado a casa depois da experiência brasileira, procurei colocar em prática o desejo de repropor aquelas experiências dentro do contexto no qual eu era mais familiarizado e onde a necessidade daquelas mudanças me parecia tão urgente; foi suficiente jogar uma faísca até que a proposta de empreender um percurso de descoberta e autoformação sobre a *Primary Health Care* tomasse corpo dentro de um verdadeiro e próprio projeto, surgido há dois anos e que continua a ser levado em frente pelo empenho de estudantes, pesquisadores e docentes em construir juntos outra ideia de formação. A eles dedico esta dissertação, agradecendo-lhes profundamente por me lembrarem a cada dia as razões que me levaram a empreender esta profissão.

# CAPÍTULO I

## A EDUCAÇÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE: UMA TORRE DE MARFIM EM RISCO DE DESABAR.



## A CRISE DA UNIVERSIDADE

São duas as portas do Sonho, uma das quais dizem que é feita de chifre, das quais podem sair facilmente as verdadeiras sombras; a segunda, brilhante, feita de um esplêndido marfim, mas por esta porta os espíritos mandam para o céu os falsos sonhos.  
Virgílio. Eneida (VI, 893-896).

As universidades de todo o mundo estão enfrentando hoje em dia novos desafios e sob certos aspectos paradoxais: de um lado é exigido da academia que continue formando indivíduos críticos e dotados de capacidade criativa, enquanto, por outro lado, é submetida a processos de empresarialização que engessam suas estruturas e reduzem sua autonomia cultural e organizativa. Na última década, a universidade vem se configurando cada vez menos como a “torre de marfim” de um saber distante e inacessível, para abrir-se às exigências e dinâmicas de uma sociedade caracterizada por drásticas mudanças trazidas pela ideologia capitalista e as instâncias da globalização; é oportuno então perguntar quais seriam as forças que operam dentro da relação entre universidade e sociedade para compreender de maneira mais clara as consequências que essa abertura comportou. Em síntese, procurar recontextualizar historicamente as dinâmicas destes processos, de maneira a retirá-los da sua dimensão de inevitabilidade para restituí-los à vivacidade do debate cultural.

Mesmo tendo recentemente aberto suas portas às influências do mundo externo, a torre de marfim universitária resiste ainda firmemente na gestão oligárquica de títulos e encargos, no cândido esplendor com o qual vende sua imagem a jovens e inexperientes estudantes e na facilidade com a qual os abandonam a caminhos formativos desordenados logo depois. Se, no passado, como afirmado por Jaspers (1965), o único objetivo da universidade e das pessoas para ali confluírem consistia na pesquisa livre e desinteressada da verdade, hoje responde às exigências do mercado, o que parece consistir na principal preocupação de estudantes, professores e políticos. A crise do pensamento moderno abriu em certo modo a estrada para a “verdade” mais contingente e necessária que permaneceu, a econômica, levando a muitas das derivas que observamos na cultura contemporânea (VATTIMO, 1999). Nos últimos trinta anos, a universidade tomou emprestada a lógica e as linguagens de gestão de empresas exatamente do setor econômico, que transformaram o aprendizado em um percurso marcado por “créditos” e “débitos” a serem ajustados a fim de acumular uma pontuação suficientemente elevada para competir com os colegas de turma. Não é de se maravilhar, portanto, que muitas vezes os “produtos” da universidade (como são definidos, entre outras coisas, os estudantes), terminem por incorporar definitivamente as características típicas da “consciência do tempo”, justamente

dentro da universidade, onde é cada vez mais vigente a lógica do conhecimento como mercadoria de troca, ao ponto de levar alguns autores a falar de um verdadeiro “capitalismo acadêmico” (SLAUGHTER e RHODES, 2004). Segundo sugerido por Slaughter e Rhodes, de fato, hoje a academia desenvolveu estratégias empresariais para se beneficiar de suas atividades essenciais como a didática, a pesquisa, a extensão e o sistema de serviços; se também no passado sempre existiram formas de coexistência entre a salvaguarda do interesse público da instrução/educação e mecanismos de geração de lucro, é a partir dos anos 1980 que estes últimos assumiram as características de uma verdadeira economia de escala, até se tornarem prioritárias em relação às tradicionais atividades formativas.

Não é por acaso que exatamente a partir daqueles anos se observa uma lenta e progressiva redução do financiamento público do ensino superior que continua até os dias atuais, pelo menos na Europa e na América do Norte. No Brasil e em outros países da América Latina, se observou nos últimos dez anos uma importante expansão do financiamento e do acesso à educação superior, devida em parte a uma explícita vontade política neste sentido, e em parte à abertura de novas instituições privadas *for profit*, progressivamente distanciadas dos tradicionais modelos filantrópicos e religiosos em direção àqueles de verdadeiras empresas (MALDONADO, 2004). Como sempre nestes casos, a primeira a ser afetada foi a equidade: embora a abertura de programas específicos voltados a aumentar o acesso à universidade das faixas mais pobres da população - como o Programa Universidade para Todos – Prouni, no Brasil - as já enormes desigualdades se aguçaram em consequência da crise financeira na América Latina, assim como na Europa e no resto do mundo (McCOWAN, 2007).

Se alguns autores têm falado de torres de marfim em pedaços para destacar a instabilidade econômica e cultural que prevalece hoje no mundo acadêmico (MOSCATI e REGINI, 2010), é possível observar como nos últimos anos a universidade tem tentado potencializar fortemente suas próprias estratégias de marketing para superar o contexto de crise de atratividade. Já é cada vez mais frequente andar pelas ruas das nossas cidades e ver grandes cartazes que convidam a aproveitar a oportunidade da próxima abertura das inscrições ou estudantes que vestem moletons coloridos com um grande logotipo da prestigiada universidade local, mas se a imagem da torre continua a brilhar para aqueles que estão fora da universidade, bem diferente é a situação dentro dela: é uma torre de marfim com andaimes cada vez mais instáveis, habitada por lutas internas por um poder que se torna cada vez mais restrito em decorrência do progressivo desfinanciamento público, da frustração pela perda de uma soberania cultural

tornada frágil graças à incapacidade de renovação interna e da chegada de novos atores na já superlotada arena de construção do conhecimento.

Mas em que consiste precisamente a razão da “crise” da instituição universitária? Segundo Boaventura de Sousa Santos, é possível individuar ao menos três áreas a partir das quais é possível analisar as dificuldades que caracterizam o cenário atual: a crise de hegemonia, a crise de legitimidade e a crise institucional (1994). Entre estas, a *crise da hegemonia* é sem dúvida a mais radicada, visto que inicia a ser verificada já a partir dos anos 1960 e se manifesta na contradição existente entre as funções tradicionalmente atribuídas à universidade, de produção do pensamento crítico “alto”, desinteressado, necessário à formação das elites, e aqueles - que se afinam com o modelo capitalista - de uma necessária formação de técnicos qualificados. Se for verdade que a Universidade teve sempre que disputar a própria centralidade na arena de produção do saber, aquilo que se verificou a partir do segundo pós-guerra é muito mais uma mudança de escala: a multiplicação de atores privados (empresas, serviços etc.) e públicos na “sociedade da informação”, que criou uma profunda complexificação das formas com as quais o conhecimento é gerado, solicitando saberes cada vez mais transversais e integrados. Na medida em que o conhecimento se torna parte integrante do capital, aquele começa a depender deste para a sua acumulação e reprodução, e se passa, com base na definição de Gibbons, de uma modalidade de conhecimento universitário a um *pluriuniversitário* (GIBBONS, 1994). Este último se diferencia do saber universitário tradicional na medida em que o seu princípio inspirador é a *aplicação* que pode ser dado aos conhecimentos produzidos. O conhecimento pluriuniversitário é por isso multidisciplinar e contextual, voltado para a sociedade na qual se insere e às suas demandas.

A grande aceleração na produção de novos conhecimentos, acompanhada da necessidade de maior integração entre os diferentes tipos de conhecimento, tinha levado até mesmo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), já em 1987, a apontar a necessidade de privilegiar uma sólida formação humanística, com quadros analíticos amplos e uma visão global do mundo e das suas transformações, em relação a uma “preparação específica para uma tarefa que em cinco, dez ou vinte anos poderia não existir mais” (OCDE, 1987). Enfim, conteúdos formativos que saibam “manter juntos” ao invés de “separar”. Mesmo preparando o campo a toda a retórica da flexibilidade e da motivação pessoal ao trabalho que ainda hoje acompanha o discurso neoliberal no seu diálogo com a universidade - e que revela uma franca defesa da precarização do trabalho e das suas competências - é possível observar

uma apologia em certos aspectos contraintuitiva (especialmente para o púlpito do qual é feita) do saber generalista. Um generalismo, no entanto, que não é mais entendido nas formas tradicionais de um conhecimento desinteressado e distante, mas naquele de um saber mais dúctil e menos perecível para trabalhos flexíveis e multiprofissionais (MOSCATI e REGINI, 2010). O mesmo generalismo e a mesma multiprofissionalidade que são defendidas pelas instâncias pedagógicas mais progressistas para favorecer a uma análise crítica e uma integração trabalhista que saiba reduzir aquela fragmentação do trabalho e do conhecimento típicas da realidade contemporânea. É interessante aprofundar estes aspectos de sintonia entre diferentes atores porque permitem compreender como abaixo de uma muitas vezes substancial homogeneidade de discursos, podem se esconder profundas diferenças de pressupostos. É necessário fazer, no entanto, estas considerações introdutórias para deixar claro que aquele que deseja se ocupar hoje da formação dos futuros profissionais - de saúde ou não - não poderá nunca se cansar de questionar os próprios projetos formativos e respectivas metodologias, à luz dos fins últimos a que se propõe por força do próprio ensinar.

A crise de legitimidade acontece no momento em que se torna evidente que a alta cultura e a formação acadêmica são prerrogativas das classes superiores (SANTOS, 1994; CHAUI, 2003). A partir dos anos 1960, de fato, a função da Universidade deixa de ser exclusivamente aquela da produção de elites culturais e começa a constituir-se como dispositivo de democracia e igualdade, cuja função deve ser avaliada também nesses termos. Mesmo sendo justamente celebrada como uma das conquistas principais dos movimentos estudantis dos anos 1960 na Europa e dos anos 1970 no Brasil, a democratização do ensino superior representa um processo que continuou fortemente incompleto e em muitos aspectos traído. Conforme destacado por Moscati e Vaira, a passagem de uma instrução de elite para uma de massa, na Europa e ainda mais significativamente na Itália, foi mais formal que substancial (2008). Se antes mesmo da crise econômica a Itália já era a lanterna da Europa em relação ao número de graduados (em 2003, menos de 13% da população entre 25 e 34 anos tinha um curso superior), com o advento da crise se verificou uma preocupante inversão na histórica tendência de aumento que incrementou ainda mais a distância entre a Itália e a média dos outros países europeus (ISTAT, ano?). No Brasil, nos últimos dez anos, o número de graduados triplicou graças aos substanciais investimentos em educação, mas entre os países “emergentes” continua a ser o que tem o menor número de graduados (TORRES, 2002). Para além destas questões meramente quantitativas, um aspecto relevante parece caracterizar de maneira bastante recorrente esta fase de expansão do ensino superior: a traição da promessa da universidade como meio de ascensão social.

Significativo, deste ponto de vista, foi o título dado ao Inquérito da AlmaLaurea de 2015 sobre o perfil dos graduados italianos: “Os graduados entre (i)mobilidade social e mobilidade territorial”. Com base nos dados do relatório é possível afirmar que persiste na Itália uma relevante desigualdade social em termos de acesso e de emprego que tem se agravado ainda mais depois da recente crise econômica. As desigualdades socioeconômicas tornam-se, além do mais, particularmente evidentes dentro da escolha do percurso formativo, no qual quem provém das classes socioeconômicas avantajadas tende a privilegiar cursos de *graduação de ciclo único* (caracterizados por uma longa duração e, portanto, prorrogando a entrada no mundo do trabalho) em relação aos cursos superiores de 3 anos. Isto é particularmente evidente no âmbito da saúde, confrontando, por exemplo, o curso de graduação em medicina, onde do total de estudantes 57,6% possui um ou ambos os pais com um título de formação superior, quando comparados aos cursos de graduação em enfermagem e obstetrícia, no qual apenas 15,2% dos pais dos graduados possui tal requisito (ALMALAUREA). Com base nas estatísticas da AlmaLaurea é possível ainda afirmar que tais desigualdades têm se exacerbado nos últimos anos em decorrência do quadro de recessão econômica, atingindo principalmente as classes mais desfavorecidas de estudantes: entre 2006 e 2014 a taxa de emprego dos graduados provenientes de famílias menos favorecidas se reduziu em 10%, enquanto houve uma diminuição de apenas 3 pontos percentuais para as famílias mais favorecidas. Além disso, entre 2008 e 2014 a diferença de remuneração se agravou ainda mais, com redução de 20% do salário real para diplomados provenientes de famílias desprovidas de títulos de estudo e de 13% para diplomados provenientes de famílias nas quais pelo menos um dos pais possuía um título de estudo superior. Estes dados confirmam a crise de legitimidade da universidade, entendida como dispositivo de criação de igualdade social, base da sua reforma nos anos 1960 e que representa, a partir de então, uma das medidas de avaliação da sua função.

A terceira e última crise é a que Boaventura de Souza Santos define como crise institucional. A crise institucional é relativa a perda de autonomia pela universidade e conseqüente à sua dependência financeira do Estado. Mesmo que as três crises sejam estreitamente conectadas entre si, foi exatamente esta última a tornar-se objeto primordial de atenção por parte dos políticos e reformadores logo após a crise econômica que nos últimos anos atingiu os países europeus (SANTOS, 2004). Antes de resultar da perda objetiva do poder financeiro do Estado, segundo o autor, tal crise deveu-se à mudança de lugar que a universidade ocupa nas prioridades de serviços ofertados pelo Estado. Na medida em que se reduz o financiamento público da universidade, esta responde se empresariando e procurando respostas dentro do mercado local

e global. As consequências de tal retirada por parte do Estado são múltiplas e nos limitaremos aqui a elencar as principais. Uma primeira importante consequência foi o aumento da imposição fiscal sob a forma de taxas universitárias a cargo dos estudantes e das suas famílias (MOSCATI, 2010); na Itália tal aumento não foi acompanhado de um paralelo e desejável incremento dos recursos para o “direito ao estudo”, agravando o problema da equidade de acesso à educação superior e corroendo progressivamente o direito constitucional ao estudo. De fato, em frente ao aumento da taxa universitária de até 50,9% nos últimos dez anos, não se verificou nenhum aumento substancial do Fundo para o Direito ao Estudo, enquanto o número de estudantes isentos (parcialmente) do pagamento de tais tributos pouco aumentou e apenas recentemente (LAUDISIA, 2013). Tal problema é agravado pelo fato de que o financiamento das bolsas de estudo na Itália está nas mãos das Regiões Administrativas, e é muitas vezes exatamente naquelas regiões em que mais se teria necessidade de subsídios que estes muitas vezes faltam, exacerbando ainda mais a lacuna entre o Norte e o Sul do país. Outra importante consequência deriva do fato de que, na ausência do apoio financeiro estatal, as universidades foram obrigadas a ir ao encontro de processos de abertura ao mercado e ao setor privado. É possível identificar, neste sentido, pelo menos duas fases: a primeira, que vai do início dos anos 1980 até a metade dos anos 1990, na qual predominam fenômenos prevalentemente nacionais de consolidação do mercado e de busca de parcerias. A segunda, que vai da segunda metade dos anos 1990 até os dias de hoje, na qual, ao lado do mercado nacional, afirma-se, com força crescente, o mercado transnacional da educação superior.

Embora desde a Idade Média existam formas de colaboração entre as universidades de diversos países, o que mudou radicalmente foi tanto a intensidade dessas trocas quanto, sobretudo, a sua natureza: de uma troca de base prevalentemente cultural a uma prevalentemente (ou por vezes exclusivamente) mercantil (MOSCATI e VAIRA, 2008). O primeiro passo neste sentido aconteceu graças ao Processo de Bolonha, que permitiu aos países europeus se estruturarem em regras e currículos o máximo possível compartilháveis, colocando as bases para o intercâmbio de estudiosos entre os diversos ateneus. Mesmo instaurando as bases para um auspicioso paralelo entre universidades de diversos países, o Processo de Bolonha produziu também a nível semântico, a introdução de lógicas mercantilistas dentro da academia, as quais redefiniram em parte a sua missão através da introdução de *contratos estado-universidade* (*state-university contracts*) ou verdadeiros processos de privatização (SCOTT, 2012). Ainda que na intenção original dos seus promulgadores o Processo de Bolonha devesse ter representado uma base para reformas de caráter administrativo e estrutural, o âmbito de tal evento foi muito além das

expectativas iniciais, representando um dos processos que nos últimos dez anos mais tem contribuído para construir a identidade europeia que outros setores ainda estão lutando para fazer decolar. Isso teve ainda fortes repercussões de âmbito extraeuropeu, tanto é que nos anos sucessivos fenômenos análogos de unificação dos sistemas acadêmicos se verificaram também na América Latina, nos Estados Unidos e na África. A criação de blocos supranacionais de mercado acadêmico contribuiu de forma determinante ao que Boaventura Souza Santos define como a “globalização neoliberal da universidade”. A globalização neoliberal da universidade e o progressivo subfinanciamento estatal da mesma são duas faces da mesma moeda: na medida em que este último se reduz, as universidades são obrigadas a encontrar no mercado nacional e internacional os recursos necessários para seu sustento<sup>13</sup>. As consequências que derivam deste processo são, todavia, muito diferentes seja entre Norte e Sul do mundo, seja dentro de cada país, com uma tendencial predisposição ao incremento das desigualdades e com uma perda de autonomia por parte da universidade em definir as prioridades no âmbito de pesquisa e em outros setores.

## A CRISE DA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O verdadeiro sucesso não está no aprendizado, mas na  
sua aplicação em benefício da humanidade.  
Marido Adulyadej

Com a expressão “educação dos profissionais de saúde”, se denota um campo amplo, que se refere a âmbitos diversificados do saber que vão dos cursos de graduação (formação universitária básica ou *undergraduate*) aos cursos de pós-graduação (formação especializada, de mestrado e de doutorado ou *postgraduate*), incluindo a formação necessária à atualização clínica, científica e normativa dos profissionais de saúde (educação continuada ou *continuum medical education*). Neste capítulo, nos concentraremos particularmente sobre a formação de graduação, objeto principal do nosso interesse, mas fazendo referência que quanto a este termo se deseja, sobretudo, fazer referência ao conjunto de conhecimentos, atitudes e valores que devem informar uma conduta técnica e eticamente apropriada do profissional de saúde. Justamente no que se refere ao problema do conhecimento, em geral se pensa que em um setor caracterizado por um contínuo aumento de informações e novas descobertas como o setor da medicina, o tema da formação dos profissionais de saúde deve ter um papel estratégico.

Pois bem, como demonstrado pela Comissão Global Independente do Lancet “Education of

Health Professional for the 21<sup>st</sup> Century: a Global Independent Commission” apenas 2% dos gastos mundiais em saúde são utilizados para a formação dos profissionais (FRENK et al., 2010). Em uma sociedade acostumada a medir o valor das coisas segundo os recursos investidos nelas, se poderia deduzir que a formação do profissional não representa nada além de um aspecto marginal no complexo desafio pela manutenção da saúde das populações. Dito de outra maneira: até que ponto a medicina pode ser considerada dentro da *sociedade do conhecimento* se um percentual tão pequeno dos gastos da saúde é destinado à transmissão do saber? A saúde, a doença e as estratégias voltadas para a sua defesa são efetivamente uma questão de *conhecimento* dentro do panorama global? E como reagir no campo formativo às grandes mudanças sociais e epidemiológicas que estão acontecendo no nível global?

O século XX sinalizou um período de mudanças sem precedentes. As condições demográficas e epidemiológicas mundiais sofreram transformações tão drásticas que não se conhece nenhum correspondente na história da humanidade. Só para citar um exemplo, em 1861, ano de fundação do Reino da Itália, a idade mediana de morte, levando em consideração a mortalidade infantil era de 5,5 anos, enquanto excluindo este dado era de cerca de 49 anos (ANTONIOTTI, 2011). Hoje, a expectativa de vida de um recém-nascido italiano, levando também em consideração a mortalidade infantil, é de 83 anos. Tal aceleração nos países latino-americanos foi ainda mais repentina, levando os epidemiologistas a falarem de transição demográfica acelerada.

Só no século XX, a população mundial conheceu uma expansão sem precedentes passando de 1,6 bilhão de habitantes para cerca de 6 bilhões. O melhoramento das condições de vida, o progresso científico e o avanço tecnológico contribuíram para determinar, em relação às doenças, uma clara passagem de um quadro em que prevaleciam as doenças infecciosas e agudas, para um com claro predomínio de condições crônicas. Estas mudanças, que são respectivamente designadas com os termos de transição demográfica e transição epidemiológica, tiveram um forte impacto sobre o nosso modo de entender a saúde e, por extensão, os Sistemas de Saúde, que não são outra coisa que respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações (VILAÇA MENDES, 2012). Os atuais sistemas de saúde nasceram no século XX para responder a problemas de saúde prevalentemente agudos, através de uma assistência de tipo episódica. A crise fundamental que atravessam hoje os sistemas de saúde contemporâneos reflete exatamente a distância entre a situação epidemiológica atual e um modelo de assistência elaborado para dar resposta a problemas agudos e à agudização de problemas crônicos. Isso deriva do fato de que os fatores internos aos sistemas de saúde (ou

seja, a estrutura organizativa deles, os recursos, a cultura profissional etc.) se movem com uma lentidão muito maior a respeito dos fatores contextuais externos aos próprios sistemas de saúde (progresso científico, inovação tecnológica, mudanças epidemiológicas etc.), determinando a contradição existente entre as necessidades de saúde percebidas no nível da população e a oferta de saúde efetivamente dispensada pelo sistema de saúde e seus profissionais (WHO, 2005).

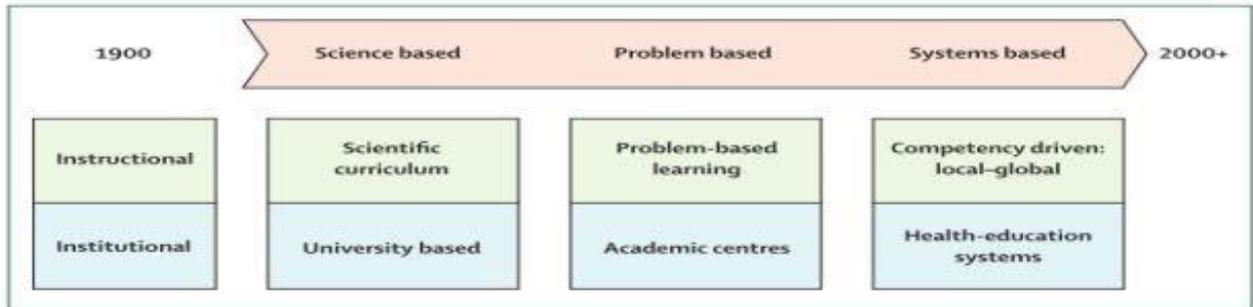
A crise dos sistemas de saúde é estreitamente interligada à crise dos sistemas formativos de profissionais de saúde, visto que tais sistemas se encontram em uma relação de clara dependência entre eles. Deste ponto de vista, se poderia afirmar que a crise da formação dos profissionais de saúde remonta a uma época até mesmo precedente àquela dos sistemas de saúde. Nas palavras de Neville Bonner (1995):

Despite all the changes in undergraduate medical education after World War II, especially in its core of scientific training, it actually had shifted only slightly in essential ways by the end of the twentieth century. If a student from an earlier era sat down in the classrooms and clinics of the 1990s - although doubtless overwhelmed by the new knowledge by the new knowledge and technology - he or she would find much that was familiar in the teaching methods, curriculum, conduct of clinics, bedside training, laboratory instruction, and educational preparation of fellow students.

Fazendo referência à periodização normalmente utilizada para subdividir a história contemporânea da formação médica, poderíamos de fato dizer que a Itália praticamente parou na primeira fase da reforma, que remonta a 1910, ano de publicação do Relatório Flexner. De fato, é possível individuar três grandes fases da reforma da educação médica:

- 1) *Science based learning*: tal reforma é subsequente à publicação do Relatório Flexner, na qual se põem pela primeira vez as bases para um aprendizado moderno, baseado nas mais recentes descobertas científicas,
- 2) *Problem based learning*: nos anos 1960, a Universidade de Mc Master no Canadá propõe uma nova modalidade de ensino baseada sobre os problemas, centrada no estudante e com metodologias de aprendizado ativas em pequenos grupos,
- 3) *System based learning*: tal modelo, proposto para a formação dos profissionais do novo milênio, se baseia em uma forte interdependência entre o contexto local e global, e entre sistema formativo e sistema de saúde, graças à geração de conhecimentos especificamente gerados pelo contexto local.

As principais fases de evolução da educação dos profissionais da saúde e as suas características fundamentais estão resumidas na Figura 1.



**Figura 1:** As três gerações de reforma da formação dos profissionais de saúde. Extraído de: Frenk J et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376:1923–1958.

Atualmente, na maior parte dos países existem apenas cursos esporádicos realizados através do *problem based learning*, enquanto a maior parte do ensino continua a confiar nas metodologias didáticas frontais, em grandes salas de aula e em grandes grupos. O problema é global, visto que a maioria dos países está estagnada na primeira fase da reforma, muitos países estão ainda incorporando as estratégias educativas do *problem based learning*, enquanto nenhum país parece ainda ter atingido difusamente o terceiro estágio de reforma (FRENK et al, 2010). Estamos preparando os médicos do século XXI com estratégias didáticas da primeira metade do século XX.

A Lancet Commission, posteriormente apoiada pela World Health Organization – WHO, sugeriu que a educação dos futuros profissionais aconteça segundo uma abordagem *system based*, uma perspectiva multiprofissional e um alcance global (FRENK et al, 2010; WHO, 2013), mas o que se entende exatamente por *system based approach*? Os dois pilares fundamentais sobre os quais se baseia a nova proposta formativa são a interdependência em educação e o aprendizado transformativo. Com interdependência em educação se evidencia a fundamental interconexão entre o setor educativo e os outros sistemas com os quais este se relaciona, principalmente o sistema de saúde nacional. Em particular, o alcance da interdependência em educação prevê três etapas fundamentais:

- 1) de sistemas de saúde e de formação isolados a sistemas harmonizados e colaborativos,
- 2) de instituições isoladas a redes e *partnerships*,
- 3) de estratégias político-educativas de curto raio a metodologias capazes de suportar o fluxo global de conteúdos educativos, recursos formativos e inovações científicas.

A interdependência em educação deve ser obtida através de reformas institucionais pelas quais o campo em que essa se realiza seja justamente o campo político-institucional. Tais reformas

devem prever uma ação conjunta multissetorial (com particular referência às áreas de educação e saúde) que envolva todos os principais *stakeholders*, dos ministros da saúde e da educação até as instituições profissionais e acadêmicas; um trabalho de expansão dos contextos formativos dos hospitais aos contextos de atenção primária e à comunidade; a criação de redes e colaborações internacionais fundadas em princípios de solidariedade e sob divisão equânime e horizontal de recursos e conteúdos formativos para incrementar as possibilidades de aprendizado mútuo; a capacidade por parte das universidades de desenvolver estratégias educativas e currículos capazes de formar profissionais críticos e eticamente empenhados na salvaguarda dos bens públicos (FRENK et al, 2010).

A capacidade por parte dos sistemas de saúde e de formação de agir em interdependência é fundamental para garantir eficiência, eficácia e equidade: é de fato antes de tudo necessário que os sistemas formativos produzam profissionais em número suficiente para satisfazer as necessidades de saúde da população. Já em 2006 a OMS tinha calculado os resultados da iníqua distribuição de profissionais de saúde, estimando uma carência de 7,2 milhões de trabalhadores nos países que estavam abaixo da média prevista entre número de profissionais de saúde/número de habitantes: 47% do déficit referiam-se a região do sudeste asiático e 25% à região africana (WHO, 2006). Neste sentido, alguns países, em particular a Índia e o Brasil, têm investido esforços enormes na última década na abertura de novas escolas médicas para atender cada vez mais a necessidade de profissionais de saúde, apesar de ter aberto em muitos casos o mercado para entidades privadas com fins lucrativos, gerando preocupações tanto em relação a qualidade quanto à responsabilidade social das novas instituições (CHATTERJEE, 2010). Visto que em um mundo globalizado até mesmo os mercados de trabalho estão interligados, se tem observado uma migração crescente de profissionais de saúde de países de baixa renda para países de alta renda. O exemplo dado pelo Reino Unido é particularmente bem conhecido e triste: através de políticas agressivas de atração de profissionais de saúde, principalmente indianos (PATEL, 2003), chega a ter atualmente 31% dos seus médicos nascidos fora das fronteiras nacionais (GLOVER, 2001).

Aqui é possível vislumbrar outra nuance do termo *interdependência* no contexto educacional. Um sinônimo raramente usado na literatura em educação médica em sentido estrito, enquanto é corriqueiro no mundo da Saúde Global na qual a Lancet Commission atribui uma importância primordial na formação de futuros profissionais de saúde. Dentro de um quadro epistemológico que prevê que "o futuro [da educação de profissionais de saúde] será determinado pela

adaptação das competências extraídas de fluxos globais de conhecimento e informação aos contextos específicos", torna-se claro que a Saúde Global é uma ferramenta chave para a compreensão do impacto que fenômenos supranacionais exercem no interior de realidades locais. A disciplina de Saúde Global ganhou na última década um espaço crescente nos currículos de muitas universidades, apesar de muita resistência e contradições, devidas em parte à dificuldade de fornecer uma compreensão unívoca do termo, às vezes colocado no âmbito da Cooperação Internacional e outras vezes no campo da Saúde Internacional (ROWSON, 2012). Estas disciplinas têm sido historicamente caracterizadas por uma visão bastante vertical da cooperação, com base em concepções paternalistas de uma "ajuda" que seria sempre movida na direção norte-sul (CRISP, 2010). A Saúde Global pretendeu reverter esse paradigma, focando-se nas complexas relações de interdependência que são criadas entre os diferentes países do mundo globalizado (CHEN, 1996):

[...] it is necessary to move beyond reductionist definitions and to reconceptualise global health to reflect two key notions. First, global health should not be viewed as foreign health, but rather as the health of the global population. Second, global health should be understood not as a manifestation of dependence, but rather as the product of health interdependence, a process that has arisen in parallel with economic and geopolitical interdependence.

A intensificação das trocas, do comércio e das migrações fez com que os países já não tivessem mais uma simples relação de interligação entre si, mas sim de interdependência real; portanto, o conceito subjacente de interdependência não se refere tanto aos *efeitos* determinados por tais relações, mas sim o *modo* como esses efeitos são produzidos, ou seja, a distribuição de poder, desigualdade e as capacidades de resposta que os atores individuais têm na resolução de problemas que excedem seus raios de ação individuais (FRENK et al, 2014). Dentro do contexto educacional, então, o conceito de interdependência assume um valor muito amplo, que abrange as formas em que os diferentes sistemas interagem uns com os outros em um nível local e global, e a capacidade de explorar as boas práticas resultantes dentro de contextos específicos como um recurso para uma aprendizagem coletiva. O objetivo final da reforma proposta é, de fato, progredir no sentido de uma maior equidade em saúde tanto “nos” quanto “entre” cada um dos países, através de uma cobertura universal de serviços de alta qualidade.

O outro pilar proposto para as reformas educacionais em saúde é a aprendizagem transformadora (FRENK et al, 2010). Este modelo de aprendizagem foi descrito pela primeira vez de forma sistemática pelo pedagogo americano Jack Mezirow, embora muitos intelectuais tenham anteriormente contribuído para a sua base teórica, especialmente Paulo Freire e Antonio

Gramsci. A aprendizagem transformadora pode ser definida como um modelo justo de aprendizagem que inclui o envolvimento dos alunos que participam ativamente na redefinição, através de uma abordagem crítica e problematizadora, do horizonte de significados com os quais interpretam a realidade e agem sobre ela. De acordo com a definição fornecida por O'Sullivan (2003):

Transformative learning involves experiencing a deep, structural shift in the basic premises of thought, feelings, and actions. It is a shift of consciousness that dramatically and irreversibly alters our way of being in the world. Such a shift involves our understanding of ourselves and our self-locations; our relationships with other humans and with the natural world; our understanding of relations of power in interlocking structures of class, race and gender; our body awarenesses, our visions of alternative approaches to living; and our sense of possibilities for social justice and peace and personal joy.

Esta forma de aprendizagem implica uma participação direta do aluno no processo de construção do conhecimento, e um envolvimento não apenas intelectual, mas também emocional. Como sugerido por Mezirow, muitas vezes a aprendizagem transformadora se origina a partir de um "dilema de desorientação", ou seja, de um evento que surge em dissonância com o *background* cognitivo do sujeito, forçando-o a repensar suas posições iniciais (MEZIROW, 2000). Neste sentido, então, é possível entender como a aprendizagem transformadora está intimamente ligada à reflexão sobre os próprios pressupostos, ou, para usar o termo usado por Mezirow, os próprios "quadros de referência". Os quadros de referência correspondem ao conjunto coerente de experiências, crenças e valores com os quais atribuímos significado ao mundo que nos rodeia. A aprendizagem pode ser definida transformadora quando resulta de uma apropriação crítica e consciente dos quadros de referência com os quais interpretamos a realidade. Paulo Freire já havia descrito este fenômeno com o termo *conscientização*, para indicar o processo pelo qual o oprimido torna-se consciente das forças que estão na base da opressão e age para se livrar dela (FREIRE, 1979).

Nos últimos anos, no campo da literatura sobre educação médica, tem-se observado um crescente interesse na educação transformadora. Provavelmente por causa da necessidade de reformar as práticas profissionais com vistas a uma maior equidade, e ainda rever os modos com os quais os diferentes profissionais trabalham juntos para fornecer uma abordagem multidimensional aos problemas de saúde, muitos estudos têm tentado aplicar os princípios da educação transformadora para o campo da saúde (PHILIPPI, 2010; PROUT, 2014). Os profissionais de saúde têm sido historicamente relutantes em mergulhar em campos considerados não seus, como o direito, preferindo delimitar rigidamente sua área de atuação e

conhecimento dentro da biologia; em 2010, um Relatório Especial das Nações Unidas destacou exatamente que um dos principais obstáculos para a plena realização do direito à saúde para populações desfavorecidas era o fato de que muitos profissionais de saúde nunca tinham ouvido falar de direito à saúde ou não tinham ideia de como torná-lo operacional (HUNT, 2007). Estes modelos de aprendizagem com base na regra suprema da biociência estão hoje em dia desatualizados. No entanto, a compreensão de como iniciar a mudança é muito mais difícil e complexa do que a detecção da sua necessidade. Em que consiste então a educação transformadora?

A Lancet Commission descreve a aprendizagem transformadora como o último de três passos: do aprendizado *informativo* ao *formativo* e, finalmente, ao *transformativo*. Cada um destes três níveis é necessário para que a formação seja eficaz e estes se constituam em uma escala de valor na qual a aprendizagem transformadora representa o ponto mais alto. O aprendizado informativo é necessário, de fato, para adquirir conhecimentos e habilidades: como tal, este é dirigido à formação de "especialistas". A aprendizagem formativa por sua vez, serve para educar os alunos em torno dos valores que conformam a profissão e, portanto, é dirigida à formação de "profissionais". Finalmente, a aprendizagem transformadora está organizada em torno de três habilidades fundamentais: a capacidade de pesquisar, analisar e sintetizar a grande quantidade de novas informações provenientes da cena internacional (e não simplesmente memorizar novos conhecimentos); a capacidade de adaptar os novos conhecimentos aos contextos locais, de maneira crítica e consciente das peculiaridades de cada contexto e de cada indivíduo; a capacidade de desenvolver habilidades e sensibilidades úteis para trabalhar em equipes multiprofissionais. Como tal, portanto, a aprendizagem transformadora é direcionada para a formação de indivíduos críticos e capazes de implementar mudanças dentro de contextos que mudam rapidamente.

Existem, de fato, numerosas evidências de que os métodos de ensino frontais e que preveem o uso quase exclusivo da sala de aula como o lugar de aprendizagem são altamente ineficazes, especialmente quando não acompanhados de estratégias alternativas que permitam ao aluno se confrontar *diretamente* com o objeto estudo. O que queremos enfatizar aqui não é a inadequação das aulas presenciais em si, que continua a ser um insubstituível meio de ensino, se bem estruturada e informativa, mas sim sua insuficiência quando não é definida dentro de um projeto educativo mais amplo, que preveja outros métodos e outros contextos nos quais se possa aprender (COOMARASAMY, 2004). Em 2011, a Organização Mundial da saúde – OMS

especificou um elenco de áreas sobre as quais agir para aumentar a importância da educação dos profissionais de saúde:

- implementar estratégias e abordagens orientadas à população e estruturar o currículo com momentos teóricos e práticos dentro da comunidade;
- aumentar o uso da *problem based learning* (aprendizagem baseada em problemas);
- organizar currículos de maneira a expor os alunos ao trabalho em contextos difíceis e com comunidades desfavorecidas;
- implementar atividades didáticas em contextos rurais e preparar currículos especiais para estudantes provenientes de contextos rurais.

O relatório também destaca a necessidade de incluir os profissionais de saúde especializados em atenção primária para aproximar os alunos às lógicas e às práticas de trabalho na atenção básica. De todas as especialidades, precisamente a Atenção Primária representa aquela historicamente marginalizada dentro do percurso de estudos, tanto em países de alta renda quanto nos de baixa renda (LATESSA, 2008; FRENK et al, 2010). No próximo capítulo, vamos analisar exatamente a crise da educação em *Primary Health Care* para entender as razões pelas quais o setor que deveria ser considerado o pilar dos sistemas de saúde modernos é tão frequentemente posto à margem da formação dos futuros profissionais.

## A CRISE DA FORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária<sup>2</sup> é definida pela primeira vez na famosa Conferência Internacional organizada em conjunto pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978. No Relatório da Conferência se encontra uma primeira definição de APS (DICHIARAZIONE ALMA-ATA, 1978):

A atenção primária à saúde é uma assistência essencial, com base nos métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, de

---

<sup>2</sup> Aqui o termo original era *Primary Health Care*, porque na Declaração de Alma-Ata se fala de *primary health care* numa perspectiva internacional. Tem sempre este problema da tradução, também para o italiano. De fato, não existem traduções perfeitas do termo inglês, porque também em italiano *Cure Primarie* define algo diferente do termo *Primary Health Care*. Usa-se Atenção Básica em alusão à política nacional de saúde brasileira.

alcance universal aos indivíduos e às famílias na coletividade, mediante sua plena participação a um custo que a coletividade e os países podem pagar em cada estágio de seu desenvolvimento no espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A atenção primária à saúde é parte integrante tanto do Sistema Nacional de Saúde, do qual é o pivô e o ponto focal, quanto do desenvolvimento econômico e social da comunidade em geral. É o primeiro nível em que os indivíduos, as famílias e a comunidade entram em contato com o sistema de saúde, aproximando o máximo possível os cuidados de saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de proteção saúde.

O relatório define alguns princípios básicos em torno dos quais deverá girar a reorganização dos Sistemas de Atenção Primária à Saúde, tais como os da equidade social e da luta contra a desigualdade, da intersetorialidade, da assistência centrada na pessoa e da participação da comunidade. Há também três diferentes menções ao tema da educação, entendida como um direito humano fundamental e meio indispensável para proteger a saúde dos indivíduos e das populações. Na Declaração de Alma Ata é possível observar um embrião dos princípios de uma formação generalista e centrada na comunidade, com fortes elementos de prevenção e promoção da saúde, em uma perspectiva ao mesmo tempo local e global, que ainda hoje representam os objetivos de uma formação moderna para os futuros profissionais de saúde.

Quase 40 anos depois, podemos constatar objetivamente o fracasso da maior parte dos objetivos da Conferência. As desigualdades não parecem diminuir, ao contrário, tornaram-se ainda mais agudas, especialmente após a crise financeira (MARMOT, 2010); aumentou a distância entre as necessidades de saúde percebidas pelos cidadãos e a efetiva prestação de serviços (FRIES, 1993); a prática clínica ainda é baseada em abordagens altamente monoprofissionais e monossetoriais (uniprofissionais e sem intersetorialidade). Há algum tempo retomam-se as tentativas de chamar novamente a atenção pública para as mensagens da Conferência de Alma-Ata, do Congresso da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA, de 1986, à Conferência de Almaty, em 2008, que levou à publicação do relatório "Atenção primária à saúde: agora mais do que nunca". O conceito hierárquico com o qual se costuma pensar nos sistemas de saúde e sua divisão piramidal em assistência primária, secundária e terciária, ainda hoje, continua a reforçar uma visão da clínica fundada na complexidade tecnológica, e que tende a supervalorizar o conhecimento hiperespecializado em detrimento daqueles de caráter holístico (VILAÇA MENDES, 2012).

Como é facilmente compreensível, dentro do cenário educacional tem-se verificado mecanismos muito semelhantes aos observados no campo da prática profissional: a abordagem

orientada para a comunidade não conseguiu competir minimamente com o domínio do hospital como um lugar de ensino; a aprendizagem multidisciplinar ainda é muito incipiente, enquanto a aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar continua a ser, em muitos casos, uma quimera. Para além destes aspectos, é ainda mais expressivo o fato de que em muitas universidades pelo mundo ainda não existam cursos de formação em Atenção Primária, ao contrário do que acontece com as outras especializações. No Brasil, esta é uma realidade positiva dos últimos 15 anos.

A não oferta de formação em Atenção Primária no curso médico ou demais curso em saúde ajudou a gerar nos estudantes a percepção de que a área representava um setor de pouco ambiente para se trabalhar e com menos chance de reconhecimento profissional (ALONSO-COELLO, 2011; LYNCH, 1998). Nos países em desenvolvimento, assim como nos países desenvolvidos, o distanciamento dos profissionais de saúde recém-graduados do mundo da Atenção Primária assumiu hoje as características e dimensões de um verdadeiro problema de saúde pública. A OMS voltou em várias ocasiões a tocar no assunto (WHO, 2013 e 2014), propondo regularmente análises e relatórios atualizados, mas até agora as resistências à mudança foram maiores do que as capacidades analíticas reais. Todo o resto é facilmente compreensível se levarmos em conta que mudar a educação dos profissionais de saúde requer mudar a natureza da própria clínica e a maneira em que é realizada. Na verdade, é possível observar o problema da educação em Atenção Primária de acordo com pelo menos dois pontos de vista principais: o primeiro vê a questão em termos puramente quantitativos, ou seja, em termos da falta de pessoal especializado para lidar com as demandas de um setor estratégico na ossatura do sistema de saúde. O segundo, no entanto, entende o problema mais especificamente em termos qualitativos, compreendendo que a *natureza* da atenção primária tende a contestar, mais do que qualquer outra disciplina, a maneira pela qual é atualmente compreendido o cuidado (com seu caráter episódico, hiperespecializado e focado na doença). A mudança seria em favor de um cuidado centrado nas necessidades da pessoa, na equidade e na interação, em vez de na tecnologia, apenas segundo protocolos. Cuidado que, nos dias de hoje, é ainda está por construir-se. Embora não se excluam mutuamente, estas duas perspectivas diferentes nos permitem definir dois polos de um espectro no qual se pode enquadrar os projetos heterogêneos desenvolvidos para conter o problema. Procuraremos agora realizar uma análise integrada do problema entre Itália e Brasil, para entender as razões e o valor de um confronto sobre a questão da formação em Atenção Primária entre estes dois países.

## **A CRISE DA FORMAÇÃO NUMA PERSPECTIVA INTEGRADA BRASIL-ITÁLIA**

Na Itália, a formação em atenção primária à saúde sofre de um atraso dramático que repercute em muitos aspectos no papel do clínico geral. Ao contrário do que acontece no resto da Europa, América Latina, Estados Unidos e Canadá, não existe uma especialização de pós-graduação acadêmica em atenção primária, mas um curso de formação, cuja gestão é confiada à cada uma das regiões administrativas, tanto em termos de programação do número de bolsas de estudo, quanto em termos de programação da oferta educativa, que se torna, portanto, heterogênea. Do mesmo modo, uma formação substancial em atenção primária durante a graduação é ainda ausente nos currículos tradicionais, com exceção de alguma experiência avançada em algumas universidades isoladas (BECCHI, 2008). Neste sentido, a formação em Atenção Primária na Itália surge em alguns aspectos fora da definição dada pela WONCA, segundo a qual "a medicina geral é uma disciplina acadêmica e científica, com seus próprios conteúdos educacionais e de investigação, uma verdadeira atividade clínica baseada em comprovações e uma especialidade clínica orientada à assistência primária" (WONCA, 2011).

No mundo, uma formação de pós-graduação específica em atenção primária é ainda inexistente para todos os outros profissionais de saúde não médicos, e, sobretudo, para o pessoal de enfermagem. Desde o ano 2000, a OMS havia definido o perfil e as competências do Enfermeiro de Família e tinha convidado os Estados-Membros a instituir tal figura profissional para o fortalecimento dos sistemas de atenção primária (WHO, 2000). As consequências desta exclusão do ensino acadêmico e pós-graduado são muitas: baixos níveis de conhecimento da realidade da atenção primária entre os jovens recém-formados, baixos níveis de motivação para a escolha de especialização em atenção primária e uma atividade de pesquisa extremamente subdimensionada em comparação com outras disciplinas.

O fato de que não existem cursos de especialização para os profissionais de saúde não médicos, faz com que seja difícil já a partir da formação aprender a trabalhar em equipe multiprofissional, que representa o objetivo de todas as diretrizes relativas tanto à formação quanto ao trabalho em atenção primária (FRENK et al, 2010; WHO, 2004 e 2013). Como evidenciado por Ferreira et al. (2009), em seu artigo "Working in multiprofessional teams: the perspectives of family

health residents”, o trabalho em equipe multiprofissional, além de assegurar um intercâmbio de conhecimentos e práticas entre os vários profissionais, lhes permite analisar e, por vezes, superar a rigidez intrínseca aos diferentes perfis profissionais; tal rigidez (definida na literatura de língua inglesa como verdadeiros "silos profissionais") tem sido historicamente um dos principais obstáculos à inovação no trabalho clínico (LANGENDYK, 2015; LONG, 2014), especialmente na atenção primária, onde a interação com profissionais que não são da área da saúde torna-se mais necessária. Não surpreendentemente, quando a Itália tentou dar seguimento às recomendações da OMS e implementar a formação específica do Enfermeiro de Família, surgiram numerosos conflitos com as organizações de médicos de clínica geral no que diz respeito às competências e as limitações do papel que o enfermeiro poderia ter (ROCCO, 2013).

No Brasil, têm sido feitos numerosos esforços tanto na criação de ambientes multiprofissionais e interdisciplinares de aprendizagem, quanto de trabalho em equipe que incluía muitos profissionais, além do médico de família para trabalhar na atenção primária. Enquanto na Itália, nos últimos anos, tem havido um interesse crescente entre os jovens recém-graduados para fazer carreira na atenção primária, no Brasil, o distanciamento dos profissionais de saúde (especialmente dos médicos) desta área, ainda está configurado como um verdadeiro problema de saúde pública, o que levou o governo, em 2013, a abrir um programa específico, o "Mais Médicos", a fim de chamar médicos estrangeiros para trabalhar no nível de atenção primária em áreas carentes, especialmente nas áreas rurais.

Desde o final dos anos 1980 e da criação do Sistema Único de Saúde, o Brasil tem sido o palco de uma grande obra de financiamento e implementação do seu sistema de atenção primária, que culminou, em 1993, com a criação do Programa Saúde da Família. Como evidenciado por Macinko (2011 e 2015), o Programa Saúde da Família resultou em uma acentuada melhoria dos principais indicadores de saúde, incluindo a redução da mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos; redução da mortalidade por doenças crônicas; redução da morbidade; melhor acesso e maior satisfação percebida pelos pacientes em relação ao tratamento ofertado. Este programa é caracterizado por alguns aspectos altamente inovadores como a abordagem territorial e centrada na comunidade, o trabalho em equipe multiprofissional e a introdução de novas figuras profissionais como os agentes comunitários de saúde. Dado o sucesso do Programa Saúde da Família, em 2010 o British Medical Journal sugeriu que este se tornasse um exemplo também para os países de alta renda (HARRYS, 2010):

Brazil's Family Health Programme is probably the most impressive example

worldwide of a rapidly scaled up, cost effective, comprehensive primary care system. But its successes have not been given the international recognition they deserve. The potential of the healthcare reforms in Brazil and, specifically, of the Family Health Programme, to deliver affordable health care was noted 15 or more years ago in the BMJ. In many ways that promise has been more than fulfilled, but Brazil's primary healthcare success story remains poorly understood and not yet widely disseminated, or translated into other contexts. High income countries could also learn from how the programme has affected chronic disease, demand for tertiary care services, and health promotion. Through the Family Health Programme, community health workers proactively identify problems in chronic disease management and medication adherence; they support healthy lifestyle choices through home based health promotion and education; they provide continuously updated population registers and ensure disease surveillance is population based, not just based on those who interface with formal healthcare services; and, finally, they can also proactively identify simple acute health problems that can be dealt with in the home. These are all tasks that the UK NHS still struggles with.

Não menos intensos foram os esforços feitos pelo Brasil no campo da educação, especialmente no que diz respeito à atenção primária. Considerando as dimensões continentais do país e um desenvolvimento urbano que nas últimas décadas levou à concentração da população e dos serviços nas grandes metrópoles, ser capaz de trazer serviços básicos de saúde em áreas rurais tem sido um grande desafio; na verdade, existem grandes desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde, com uma densidade de médicos que varia de 40,9 / 10.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro para 7,1 / 10.000 habitantes no estado do Maranhão (WHO, 2004). Observa-se, em paralelo, uma grande concentração de Escolas Médicas dentro de grandes centros urbanos em detrimento das cidades menores. Outro elemento de desigualdade é relativo à distribuição de médicos entre o setor público e o setor privado: de acordo com o estudo "Demografia Médica no Brasil", de 2015, a disponibilidade de médicos no setor privado é três vezes maior do que a do setor público, enquanto 75% da população usa exclusivamente os serviços públicos por impossibilidade econômica de pagar o plano de saúde privado (SCHEFFER, 2015).

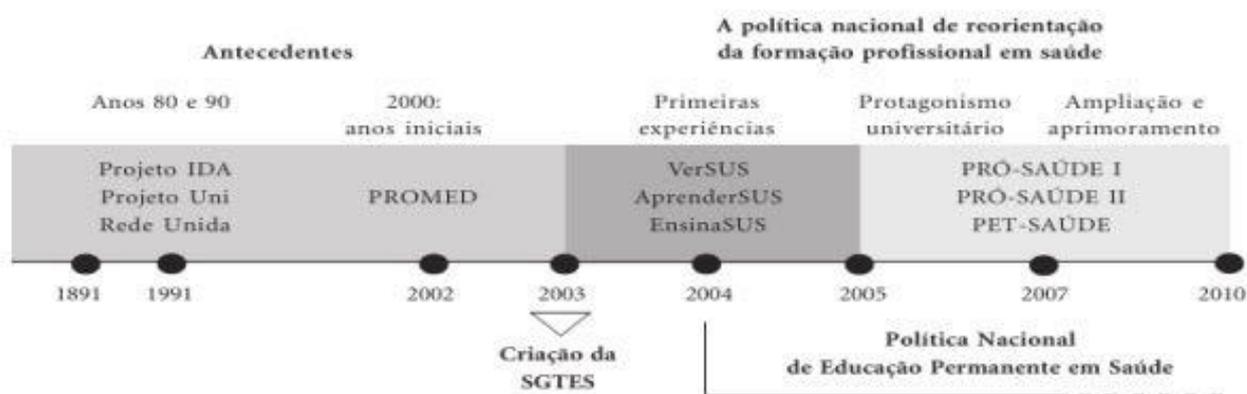
A falta de profissionais nos pequenos municípios do interior do país levou o governo a promover uma série de iniciativas para melhorar tanto a quantidade como a qualidade do atendimento oferecido, especialmente no setor da atenção primária, a verdadeira espinha dorsal do Sistema Único Saúde. O já citado programa "Mais Médicos" reconheceu entre os seus principais eixos um relativo à formação médica, o que levou à criação de 5.300 novos postos docentes em Faculdades de Medicina e levou o ensino para municípios onde antes não existia formação médica, dando a oportunidade a milhares de estudantes de se formar dentro da sua região de origem<sup>3</sup>. No entanto, os projetos mais interessantes no campo da formação de

---

<sup>3</sup> Ver mais em: <http://maismedicos.gov.br/mais-educacao>.

profissionais de saúde focalizavam-se nos aspectos qualitativos da aprendizagem (antes que os aspectos da oferta quantitativa), tentando superar os limites relacionados a um ensino biorreducionista, hiperespecializado, uni profissional e hospitalocêntrico que, como vimos, são uma característica comum da formação dos profissionais de saúde em todo o mundo. Os esforços de modernização da formação dos profissionais de saúde culminaram, em 2005, com a criação da Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde representou uma tentativa, sem precedentes na literatura, de aproximar a formação acadêmica no país às necessidades da atenção primária, que, no Brasil, se traduzem particularmente, na Estratégia Saúde da Família e foi resultado de colaboração entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde / OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Como apontado por Dias e Lima (2013), o Pró-Saúde chega ao final de um longo processo de inovação pedagógica que começou no início dos anos 1990 e que foi caracterizado por numerosas iniciativas, tais como o Programa de Mudança Curricular na Graduação em Medicina (Promed), a política de apoio à mudança na graduação em saúde designada por O SUS e os Cursos de Graduação em Saúde (AprenderSUS), que incluiu a projeto de pesquisa sobre experiências inovadoras de mudanças na formação (EnsinaSUS), e o programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que será descrito com mais pormenores no capítulo seguinte e foi representado pelas autoras em um gráfico linha de tempo (Figura 2):.



**Figura 2:** Cronologia das principais ações de redirecionamento da formação dos futuros profissionais de saúde brasileiros. Extraído de: Dias, HS, Lima, LD; Teixeira, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Cienc Saude Colet. 2013;18(6):1613-24.

Não é possível aqui adentrar-se nas características de cada projeto, mas é possível delinear algumas características comuns a cada um deles para que possamos compreender a lógica que

os inspirou, incluindo: a criação de parcerias em vários níveis entre os principais *stakeholders* (das comunidades aos Ministérios da Saúde e da Educação) de acordo com uma abordagem de sistemas; a reformulação da formação a partir das necessidades do SUS e do trabalho em contextos comunitários; a exposição dos alunos à realidade do território através da colaboração entre serviços, universidade e comunidade, o uso de metodologias ativas baseadas no protagonismo estudantil; a promoção de ambientes de aprendizagem multiprofissionais e interdisciplinares; o esforço real (e não puramente teórico) de experimentar modelos de assistência inovadores e centrados na saúde da população (JAEGER e CECCIM, 2004; TEIXEIRA e PAIM, 1996).

Todos estes projetos nos permitem vislumbrar o dinamismo e a riqueza de contribuições com que o Brasil tentou e ainda tenta modernizar sua formação para os futuros profissionais de saúde; estes exemplos são realmente impressionantes quando comparados com a natureza estática do contexto italiano, em que a criação de uma verdadeira estratégia nacional de reformulação do ensino dos profissionais de saúde continua a ser um sonho distante. Esses projetos, no entanto, mereceriam muito mais espaço mesmo dentro do debate científico internacional e de importantes revistas de pedagogia médica, que têm uma tendência a priorizar estudos provenientes de áreas anglofônicas e que são muitas vezes relativos a projetos de menor dimensão e conduzidos em âmbito intrainstitucional.

Como muitas vezes acontece em contextos caracterizados por uma grande paralisia institucional, na Itália os principais impulsos reformistas vieram da chamada "sociedade civil" e de grupos e associações de profissionais e estudantes determinados a trazer o tema da educação para o centro do debate político. Por isso, floresceram novas organizações e iniciativas que, por vezes, têm permitido superar as deficiências dos currículos tradicionais através da criação de atividades, principalmente extracurriculares, que permitem aos estudantes estabelecerem contato com os "mundos" escondidos pela educação tradicional: são atividades relacionadas à Saúde Global, à Atenção Básica e à Saúde Pública/Saúde Coletiva, unidas pelo forte protagonismo do estudante e pela vontade de experimentar formas alternativas àquelas dominantes, típicas da formação acadêmica tradicional.

O projeto UNiverSSI se insere nesta linha de atividades surgidas de baixo, impulsionadas por um forte desejo de estudantes, pesquisadores e professores de enriquecer a própria formação para além das rígidas fronteiras da biomedicina e do hospital, dotando-a de novas ferramentas

e sensibilidade para orientar a própria ação humana e profissional para uma maior competência e justiça. No próximo capítulo, vamos analisar quais foram os gatilhos que tornaram necessária a criação de uma nova atividade de formação no âmbito da *primary health care* e em contextos interdependentes, como os da Itália e Brasil.

## CAPÍTULO II

“APRENDER A APRENDER” NO MUNDO GLOBAL:  
EM QUE CONTEXTO NASCE O UNIVERSSI.



Neste capítulo, vamos concentrar-nos na análise dos fatores contextuais a partir dos quais tomou impulso - e sentido - a atividade formativa do UNiverSSI. É possível identificar pelo menos três elementos fundamentais que serviram de base para o nascimento deste projeto:

- 1) o Laboratório Ítalo-Brasileiro de Pesquisa, Formação e Práticas em Saúde Coletiva;
- 2) o nascimento da Casa da Saúde como dispositivo de reorganização da atenção primária dentro da região Emília-Romana (Itália);
- 3) o VER-SUS, desenvolvido no Brasil.

## **O LABORATÓRIO ÍTALO-BRASILEIRO DE PESQUISA, FORMAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA**

Atualmente existe um claro consenso em nível global de que as parcerias de pesquisa tradicionais entre o Norte e o Sul do mundo, com base em relações verticais e lógicas paternalistas, falharam em sua missão (CRISP, 2010). Este tipo de colaboração, baseada no melhor dos casos em um sincero desejo de levar ajuda e desenvolvimento a países com menos recursos, no entanto, se apoiava em uma contradição básica, ou seja, a crença de que era possível separar o "estado das técnicas" do "estado da política". Como destacado por Milton Santos (2001), um mal-entendido que tende a ocorrer com certa frequência na história é exatamente o que tende a separar estes dois estados, fazendo, algumas vezes, interpretações da história a partir da técnica, e outras vezes a partir da política. Em vez disso, é exatamente a partir da inseparabilidade destas duas condições - técnica e política - que é preciso analisar o desenrolar da história e a atual afirmação dos processos de globalização. Qualquer proposta de desenvolvimento ou colaboração que leve em conta apenas os aspectos técnicos, sem considerar o contexto político, tenderá necessariamente a reforçar as iniquidades e perversões inerentes aos modelos de desenvolvimento existentes no mundo globalizado.

Esta premissa extraída da obra de Milton Santos nos permite realizar um primeiro enquadramento do espírito que animou a construção do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, nascido da colaboração entre o Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha, a Agência Social Sanitária da Região Emília-Romana, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde (os dois últimos da Universidade

Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) e numerosas universidades e instituições brasileiras. Considerando a perda progressiva de controle das políticas de saúde pelos estados-nação e a interferência cada vez mais evidente das multinacionais na definição da agenda global de saúde, o Laboratório Ítalo-Brasileiro se propôs como uma alternativa aos modelos vigentes de cooperação, baseando-se em relações horizontais e solidárias entre os atores envolvidos e em uma troca mútua, entre pesquisadores e gestores, de recursos técnicos e políticos.

Para operacionalizar estes pressupostos, o Laboratório tem utilizado uma abordagem metodológica *multilocal* (isto é, voltada para a conexão internacional de redes e atores locais para estimular o surgimento e fortalecimento de boas práticas de saúde) e *multissituada* (focalizada na conexão entre as instituições locais e internacionais para enfrentar problemas comuns). Esta experiência se insere dentro da tradição histórica de cooperação solidária entre a Itália e o Brasil, com o objetivo de reafirmar no período contemporâneo os princípios de defesa dos direitos humanos e de colaboração no desenvolvimento e na defesa de sistemas de saúde universais (STEFANINI, 2011). Este processo deve realizar-se através da composição de um espaço coletivo entre os dois países, que possa favorecer o desenvolvimento de ferramentas que valorizem as experiências locais na busca de respostas comuns para problemas globais. Nas palavras de Martino et al (*in press*):

Através da aproximação entre os dois países, estamos buscando forjar um espaço coletivo onde a potência de construção de novas realidades possa se materializar e inventar saídas contra-hegemônicas ao modelo neoliberal, que tem gerado miséria e a privatização do *welfare*. Além disso, a necessidade de compor um espaço comum entre Itália e Brasil, resgata a proximidade histórica que existe entre os sistemas de saúde desses dois países, oportunizando a construção de ferramentas híbridas que servem como armas potentes de resistência à colonização neoliberal da vida e à defesa dos direitos humanos. Neste sentido, podemos afirmar que o dispositivo laboratório é um mecanismo para a indução de um comum global multilocal e multissituado cujas ações afirmam a defesa da vida e a universalidade dos sistemas de saúde brasileiro e italiano.

Os principais campos de pesquisa do Laboratório Ítalo-Brasileiro são: Atenção Primária à Saúde, Saúde Global e Saúde Coletiva; precisamente a partir destas áreas de interesse tem sido possível desenvolver alguns eixos temáticos transversais, tais como a análise crítica dos determinantes sociais, a análise das políticas de saúde e das políticas sociais de saúde, os processos de subjetivação no campo assistencial e as estratégias de formação de estudantes e profissionais de saúde. Uma das principais ferramentas para alcançar uma verdadeira integração entre perspectivas e práticas dos diferentes contextos tem sido a de incentivar o intercâmbio internacional de profissionais, docentes, pesquisadores e estudantes, não limitando a interação

apenas ao contexto acadêmico, mas favorecendo uma forte inclusão dos sujeitos dentro da rede de serviços. A partir desta multiplicidade de atores e da variedade de contextos, têm sido desenvolvidos ao longo dos anos uma série de atividades de colaboração, tais como:

- **Projeto para a promoção da equidade, eficácia e atenção primária à saúde na AUSL<sup>4</sup> de Ferrara (Itália):** um projeto multiprofissional e interdisciplinar de formação e pesquisa em colaboração com os profissionais da Casa da Saúde de Ferrara, visando à implementação de processos integrados de assistência, gestão, avaliação e formação em saúde, baseado na abordagem da Atenção Primária à Saúde e da equidade;
- **Projeto KILT – agentes comunitários na Região Emília-Romana:** nascido com o objetivo de desenvolver figuras semelhantes aos Agentes Comunitários de Saúde – experimentados com sucesso durante anos na Estratégia Saúde da Família – junto às Casas da Saúde, no contexto emiliano-romanhol;
- **Projetos de avaliação dos sistemas de saúde e de atenção primária:** para além dos projetos de avaliação das Casas da Saúde, foram realizadas análises semelhantes do contexto brasileiro, em particular no que diz respeito ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e o Programa Mais Médicos, ao qual já nos referimos no capítulo anterior.

Foram dadas devolutivas de todas essas atividades a cada ano no âmbito de congressos internacionais específicos, organizados na Emília-Romana, sem patrocínio de empresas farmacêuticas, realizados graças a recursos internos - tanto institucionais quanto pessoais - do próprio Laboratório. Outra área que tem visto uma intensa atividade de intercâmbio e pesquisa é certamente a da formação dos profissionais de saúde. A ideia de formação promovida no Laboratório é a da educação transformadora, visando à formação de sujeitos engajados, do ponto de vista ético e político, com a transformação da realidade. Portanto, além das atividades de ensino mais tradicionais, como palestras e *workshops* sobre os temas da Saúde Global e Coletiva, tomaram cada vez mais corpo novas modalidades de formação com base na formação em serviço, a educação continuada e a formação-pesquisa-ação.

É neste quadro que toma vida o projeto UNiverSSI, criado a partir da análoga experiência brasileira do VER-SUS, e que representa uma tentativa prática de fornecer uma resposta

---

<sup>4</sup> AUSL = *Azienda Unità Sanitaria Locale*. É o órgão da administração pública italiana responsável pela gestão dos serviços de saúde em um determinado âmbito territorial.

multilocal para problemas comuns do campo educacional. Aqui é possível, na minha visão, recuperar uma forte adesão aos princípios e as recomendações promovidas pela comissão “Education of Health Professionals for the 21<sup>st</sup> Century” e sua chamada para explorar todo o potencial da interdependência na educação, a fim de construir respostas coletivas aos problemas globais. Para operacionalizar esse potencial, o Laboratório Ítalo-Brasileiro estimulou em um primeiro momento o intercâmbio de estudantes e pesquisadores, bem como a participação deles no projeto VER-SUS, no Brasil; o contato com este tipo de experiência, além de determinar uma importante ressignificação do potencial de formação dentro dos serviços para os participantes, fez com que este grupo de pessoas se organizasse posteriormente para difundir esta atividade de formação dentro do seu próprio contexto, adaptando-a às necessidades locais. Daí nasceu o projeto UNIVERSSI, descrito em detalhes no capítulo 4, apresentado publicamente pela primeira vez no II Congresso Internacional do Laboratório Ítalo-Brasileiro “Condições crônicas, trabalho em saúde e implicações para a assistência em saúde”. Desde a primeira edição houve a participação compartilhada de pesquisadores brasileiros e internacionais e os intercâmbios e as possibilidades de acolhimento ocorrem hoje em ambas as direções. O campo da atenção primária tornou-se, neste sentido, particularmente estratégico: considerando as diferenças significativas presentes na organização da atenção primária entre os dois países. Os profissionais e os estudantes puderam lidar com programas e estratégias totalmente novas e entender mais claramente as limitações e pontos fortes de seus contextos locais.

### **A CASA DA SAÚDE: OPORTUNIDADE PARA REPENSAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ITÁLIA**

Na Itália, a institucionalização e o nascimento das Casas da Saúde representam o culminar de um percurso histórico de origem não necessariamente recente. Os primeiros experimentos nesse sentido podem ser rastreados por volta do ano de 1940 com o nascimento dos *Community Hospitals* ingleses, estruturas intermédias entre o hospital e o território, cuja gestão foi confiada aos *general practitioners* (AULIZIO, 2009). Não é por acaso que esta mudança dos cuidados de saúde do hospital para o território, e da doença para a saúde, ocorre exatamente em uma Inglaterra que lutava contra as consequências da revolução industrial – a superlotação das cidades e surgimento de *slums*, acumulação de resíduos e origem das pestes, horários de

trabalho extenuantes e problemas de abuso de substâncias – e que irá representar nas décadas seguintes os problemas internacionais do mundo industrializado. Na Europa surgem em diferentes países experimentações semelhantes, mas todas de caráter local e na maior parte extemporâneas.

Em 1978, a histórica Conferência Internacional de Alma-Ata contribui de maneira fundamental para chamar a atenção do mundo para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, bem como para enfatizar a necessidade de desenvolver sistemas de saúde centrados na Atenção Básica, próximo aos locais onde as pessoas vivem e trabalham. A nova abordagem proposta, longe de ser uma mera reorganização técnica do trabalho em saúde, se propõe como uma verdadeira mudança de paradigma, através da participação democrática da população na gestão do sistema de saúde, o enfrentamento dos determinantes sociais, para além dos biológicos, e o trabalho intersetorial entre os profissionais de saúde e os profissionais de outros setores, para citar alguns exemplos.

Na Itália, a mensagem de Alma-Ata é sustentada e até de certo modo prenunciada pela obra pioneira de Giulio Maccacaro que, em 1972, em um artigo intitulado “L’Unità Sanitárias Locale come sistema”, fala, pela primeira vez, em Casas da Saúde como um dispositivo de reorganização da assistência territorial e descreve suas principais características (MACCACARO, 1979):

[...] A Casa da Saúde, um lugar cuja entrada, pela pluralidade de funções que lhe são atribuídas, não é mais de forma alguma estigmatizante: o acesso é feito, na realidade, para participar da gestão dos problemas de saúde da comunidade, levando-se ainda o problema do indivíduo que é, mas não somente, um problema médico. Na medida em que a subunidade de saúde local é realmente um âmbito natural e integrado da vida coletiva e o verdadeiro módulo de construção da USL (*Unità Sanitaria Locale*), a casa da saúde deve se colocar também estruturalmente no mesmo nível: a) a assistência, b) a consulta, c) a educação e d) a informação, de modo que seja possível e plena a síntese participativa das decisões. [...] Pelos atributos que acabamos de mencionar agora, já está claro o salto qualitativo do distrito ou do mero agregado de distritos à subunidade que se torna o verdadeiro módulo construtivo da USL, na qual se transforma, não tanto pela integração com outras, mas sim pela aquisição de novos valores funcionais, e, por conseguinte, objetos substanciais e instrumentais de participação [...].

No final dos anos 1970, os movimentos italianos a favor da democratização do atendimento e da sua abertura para o território, atingem seu ápice e contam entre os seus expoentes com personagens do calibre de Franco Basaglia e Giovanni Berlinguer, que irão desempenhar um papel crucial em repensar a lógica da saúde não só na Itália, mas em muitos países ao redor do mundo, incluindo o Brasil. Toda essa pressão reformadora é absorvida dentro da Lei nº 833/1978, que dá vida ao Sistema Nacional de Saúde na Itália; a lei é considerada de vanguarda

a nível internacional e confia à Unidade de Saúde Local (USL) a responsabilidade de organizar a atenção básica à saúde, tentando trazer o sistema de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida das pessoas. O "território", segundo a Lei 833, se configura como o "distrito de saúde básica", que é o ponto de contato entre o cidadão e o sistema de saúde e ao qual pertencem as funções de coordenação da atenção primária, de conexão entre os serviços das especialidades e os de clínica geral e de ligação entre os serviços sociais e serviços de saúde (BELLENTANI, 2011).

O que se segue ao grande impulso reformador de 1978 é de certa forma sem precedente e inesperado: dentro de três anos morrem prematuramente tanto Giulio Maccacaro, quanto Franco Basaglia, deixando um legado cultural e político difícil de substituir. Além disso, desde o início dos anos 1980, o surgimento de políticas de caráter neoliberais e a influência do "thatcherismo" determinaram, na Itália e na Europa, uma perversão completa dos ideais de equidade e justiça na saúde estabelecidos em Alma-Ata: passa-se assim de uma ideia de *comprehensive primary health care*, orientada para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, para estratégias de *selective primary care*, centradas na patologia, e de uma ideia de saúde para todos ("Saúde para todos no ano 2000" foi o lema de Alma-Ata) para processos de eficiência dos gastos em saúde que minam cada vez mais os serviços de saúde, muitas vezes em detrimento daqueles que estão em uma condição de maior necessidade (SCOTT, 2014).

O conceito de eficácia – baseado no trabalho interprofissional e na apropriação clínica – tende a ser substituído cada vez mais pelo conceito de eficiência – baseado em uma avaliação em primeiro lugar econométrica dos resultados obtidos. A partir dos anos de 1980, a Atenção Primária entra em um processo de crise lenta e silenciosa, que vai durar até os dias atuais, e da qual já assinalamos anteriormente as repercussões no campo da educação. Em 2000, Morrison e Smith (2000) fizeram um paralelo entre a situação da atenção primária e hamsters que giram em círculos, falando de "*hamster health care*" para denunciar a crise presente em nível mundial:

Em todo o mundo os médicos estão infelizes porque se sentem como hamsters em uma roda. Eles têm que correr cada vez mais rápido para permanecer parados. Mas os sistemas que dependem de pessoas que têm que correr cada vez mais rápido não são sustentáveis. A resposta é que estes sistemas devem ser redesenhados porque o resultado de uma roda que gira cada vez mais rápido não é apenas a perda de qualidade do atendimento, mas também a redução da satisfação profissional e um aumento do *burnout* entre os médicos.

Em 2008, a OMS tentou trazer novamente a atenção da comunidade internacional para o tema

da atenção primária à saúde no seu relatório "Atenção Básica: agora mais do que nunca", destacando o fracasso das políticas de saúde na luta para reduzir as desigualdades e a incapacidade dos sistemas de saúde em responder às necessidades de saúde da população (WHO, 2008). Para se observar o primeiro esforço unificado de requalificar a Assistência Primária na Itália será necessário esperar até 2006. Nesse ano, a ministra da saúde, Livia Turco, acolhe uma inovação lançada dois anos antes pelo Sindicato dos Aposentados Italianos (SPI-CGIL) em colaboração com a região da Toscana, que previa a experimentação de uma Casa da Saúde no lugarejo de Castiglion Fiorentino (Arezzo) e no documento programático "Um *New Deal* da Saúde", propõe a instituição das Casas da Saúde como um dispositivo no qual "se busca a prevenção primária, secundária e terciária, a educação em saúde e práticas corretas de autogestão das doenças crônicas; se combina uma assistência domiciliar com uma forte integração multidisciplinar e, finalmente, se institucionaliza a participação dos cidadãos" (TURCO, 2007).

Desde então, oito regiões italianas decidiram participar da experimentação sobre as Casas da Saúde por meio da ativação dos grupos de trabalho regionais e orientações subsequentes; em 2010, a região da Emília-Romana emana através do D.G.R. 291/2010 as indicações para a realização e organização funcional das Casas da Saúde, planejando um total de 120 CdS e um investimento para sua implementação de cerca de €119.419.188,54 (ASSESSORATO SALUTE, 2014). O que são as Casas da Saúde descritas neste documento? A Casa da Saúde (CdS) prevê o fornecimento tanto de serviços de saúde quanto sociais dentro de uma mesma estrutura física, favorecendo a proximidade dos profissionais e a integração do trabalho; neste sentido, a CdS tem a intenção de promover a integração territorial entre assistência social e de saúde, já prevista, em teoria, pela Lei 833, mas pouco aplicada pela maior parte dos distritos de saúde. Dependendo do tamanho, da complexidade da assistência oferecida e da sua duração, as Casas da Saúde podem ser divididas em:

- Pequena: garante assistência 12 horas por dia e fornece assistência de enfermagem e obstetrícia, medicina geral, atividades de consultório de 1º nível, coordenação da assistência domiciliar, assistência social e serviço da Central Única de Reservas (CUP, na sigla em italiano) para a marcação de exames;
- Média: oferece assistência 24 horas por dia e, além dos serviços descritos anteriormente, oferece especialidades médicas de nível ambulatorial, ambulatórios de diagnósticos básicos (p. ex.: ecografia e eletrocardiograma), ambulatório de pediatria e serviços de saúde pública,

tais como vacinação e rastreio;

- Grande: fornece assistência 24 horas por dia e garante o desempenho de todas as atividades assistenciais do Núcleo de Atenção Primária, da Saúde Pública e da Saúde Mental.

Independentemente do tamanho ou localização, cada CdS tem os seguintes deveres:

- assegurar um ponto único de acesso para os cidadãos;
- garantir a continuidade da assistência;
- organizar e coordenar respostas para o usuário;
- reforçar a integração com o hospital, especialmente em relação aos pacientes que recebem alta, mas devem continuar em acompanhamento;
- melhorar o cuidado integrado dos pacientes com problemas de doenças crônicas;
- desenvolver programas de prevenção voltados para o indivíduo e a comunidade, bem como para grupos específicos da população;
- promover e valorizar a participação dos cidadãos; e
- proporcionar educação continuada para os operadores de saúde.

Exatamente em relação a este último ponto, existe uma vasta gama de literatura que tem demonstrado os benefícios de expor tanto os estudantes quanto os profissionais de saúde a uma formação integrada nos *community health centers*, transformados para este fim, em verdadeiros *teaching health centers* (CHEN, 2012). Como apontado por Rieselbach, tanto a formação universitária quanto a formação especializada em atenção primária de hoje dedicam uma grande atenção ao atendimento clínico no ambulatório e pouca atenção aos aspectos da prevenção, promoção da saúde e coordenação dos cuidados (RIESELBACH, 2010). Dado o fato que, dentro da declaração ministerial é previsto que a CdS deveria fornecer formação contínua aos seus operadores, torna-se fácil de entender seu potencial formativo no que diz respeito às questões mencionadas.

Na Itália, a educação continuada dos profissionais de saúde, da maneira em que foi concebida, tende a favorecer o reconhecimento em créditos de *Educazione Continua in Medicina* (ECM), conforme a participação em grandes congressos de custos elevados e muitas vezes subsidiados pela indústria farmacêutica, com repercussões óbvias sobre a não neutralidade da informação (PISACANE, 2008). Pensar assim as Casas da Saúde como um lugar que oferece também a educação continuada representa, portanto, um grande passo à frente para a formação em serviço (*in service education*) que na Itália representa ainda hoje uma espécie de miragem. O que

tentamos fazer em nosso projeto foi tentar imaginar uma educação permanente como uma estratégia de requalificação das práticas de formação, assistência e gestão, feita na Casa da Saúde e em pequenos grupos multiprofissionais que incluíssem também os estudantes (CECCIM, 2005). O instrumento utilizado para operacionalizar essa transformação foi o “Quadrilátero da Educação em Saúde”, que será descrito nos capítulos seguintes.

## **VER-SUS: EXEMPLO CONCRETO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA**

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina têm vivenciado as mesmas pressões que aconteceram em todo o mundo, desde a reorganização dos sistemas de saúde até o conflito entre a lógica do mercado e a lógica do direito, tanto no campo educacional quanto no campo assistencial (ALMEIDA, 1999). No entanto, aqui mais do que em outros lugares, tem-se observado um desdobramento de ideias e práticas que ajudaram a opor-se àqueles processos através de exemplos virtuosos de formação que exaltaram a função social da universidade e a dimensão ética do trabalho profissional. Em 2005, no Brasil, esses esforços convergiram para a criação daquela que pode ser considerada uma grande iniciativa mundial de mudança da formação dos profissionais de saúde: o Pró-Saúde. O programa foi criado através de uma colaboração intersetorial entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), com a intenção de apoiar tanto tecnicamente quanto economicamente os cursos de saúde determinados a empreender um caminho de inovação em seus currículos.

A essência do Pró-Saúde é aproximar a academia do Sistema Único de Saúde, e, em particular, a formação dos profissionais de saúde às necessidades de saúde da população. Em particular, o programa tem quatro objetivos principais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

- reorientar os processos de formação, a fim de proporcionar à sociedade profissionais qualificados para atender as necessidades da população brasileira e para operacionalizar o SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e professores, com o objetivo de melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência prestada ao cidadão, a integração da rede pública de serviços de saúde com a formação de profissionais em

- programas de graduação e educação permanente;
- incluir na formação dos profissionais de saúde uma abordagem abrangente para o processo saúde-doença, para a promoção da saúde e para sistemas integrados de gestão; e
  - prolongar a duração da formação prática no âmbito dos serviços públicos de saúde.

É dentro dessa trajetória que deve ser lida a experiência do VER-SUS. As primeiras experiências do VER-SUS datam já do ano de 2002 e foram realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, região ao sul do Brasil. A ideia era fazer estágios intensivos (vivência-estágio) durante os períodos de férias dos alunos, a fim de aproximá-los à realidade do Sistema Único de Saúde, em particular no que diz respeito às suas dimensões de gestão, abordagem intersetorial, participação democrática da população nos Conselhos Municipais de Saúde (controle social) e implementação da Estratégia Saúde da Família, então em fase inicial de experimentação. Um dos objetivos fundamentais da atividade era aproximar os alunos ao trabalho na atenção primária – normalmente negligenciado na educação tradicional – e levá-los a compreender a relevância do SUS. A organização das atividades foi confiada a alunos provenientes de 15 diferentes faculdades da área da saúde, com o apoio de professores, pesquisadores e três diferentes sociedades científico-profissionais.

Nos primeiros experimentos do VER-SUS, o que certamente desempenhou um papel fundamental foi o forte envolvimento do movimento estudantil em vislumbrar novos cenários de formação. O reconhecimento pelas instituições de ensino da importância do associacionismo estudantil representou uma grande oportunidade para a transformação das práticas educativas, porque permitiu valorizar as habilidades criativas e organizacionais dentro de cenários complexos, não relegando-lhe a funções “puramente clínicas” (GEORGE, 2013). Como apontado por Ceccim e Bilibio (2004), este aspecto tem levado a resultados surpreendentes, pois tem aproximado os alunos a áreas como a gestão dos sistemas de saúde, que permitem aos alunos compreender mais claramente as implicações políticas – para além das médicas – que estão na base do sistema do qual fazem parte. Em particular, a articulação com o movimento estudantil tem criado movimentos micropolíticos que permitiram às simultâneas inovações ocorridas no nível macropolítico de se tornarem realmente eficazes: “novas direções, novos locais ou novos métodos sem novas micropolíticas chegam às mesmas macropolíticas [de origem]” (CECCIM e BILIBIO, 2004). Uma das ideias fundamentais por trás do VER-SUS também é a de facilitar momentos de encontro entre pessoas e instâncias normalmente separadas pela educação tradicional: há, portanto, não apenas um encontro entre estudantes de diferentes

áreas e formações, mas também o encontro destes com profissionais de outros setores, com os gestores do SUS, com a população e os líderes comunitários (CECCIM e BILIBIO, 2004).

É da valorização do encontro com o outro, com a diversidade, que deriva o aprendizado, e é aqui que é possível reencontrar as bases de uma humanidade comum que certas formas e modos da cultura tendem a segregar. A partir disto, se deduz que, para enriquecer a formação, se deverá multiplicar os lugares de encontro e as possibilidades de ser envolvido. Outra dimensão que ajuda a enriquecer grandemente o encontro é certamente o tamanho da vivência; este termo, que não tem uma tradução específica em italiano, vem da tradição filosófica alemã, na qual com o termo *erlebnis* se denotava uma experiência de caráter imediato entre o homem e o mundo que prescindisse dos limites da razão (VIESENTEINER, 2013). Uma definição que nos dá mais claramente a ideia do *erlebnis-vivencia* é fornecida por Gadamer: "algo se torna Erlebnis na medida em que não foi apenas vivenciado, mas sim que essa vivência tenha tido uma especial impressão a ponto de emprestar um significado permanente a ela" (GADAMER, 2001). Portanto, algo se torna um Erlebnis quando foi experimentado antes, e depois porque a intensidade com que algo é vivido deu a coisa em si um significado permanente. Longe de pretender entrar aqui na complexidade deste debate filosófico, é interessante, no entanto, observar como o espírito da *vivência* se destaca profundamente do caráter principalmente livresco e *mediado*<sup>5</sup> com o qual se concebe a maioria (a totalidade?) das atividades de formação e as relações que são estabelecidas com o objeto de estudo. O objetivo do VER-SUS é, ao contrário, o de facilitar uma verdadeira imersão no campo, que facilite a experiência direta com a realidade; para isso, pensar em atividades que não se limitem a levar a mente do estudante, mas também seu corpo, dentro de contextos de análise, e pensar uma formação que não seja limitada às canônicas 3-4 horas de aulas, mas que envolva dias inteiros de um grupo de estudantes durante um período concentrado/intensivo representa na percepção das pessoas que participam disto, um momento de crescimento pessoal de grande importância.

A partir de 2002, o VER-SUS foi estendido a todos os estados brasileiros, e de primeiros experimentos passou a constituir uma política de âmbito nacional na valorização do SUS dentro da formação dos futuros profissionais de saúde. A razão de um sucesso tão grande e transversal é antes de tudo digna de ser estudada, de acordo com os seus organizadores, na sua construção

---

<sup>5</sup> A diferença fundamental entre a vivência e as demais atividades clássicas de formação está precisamente no caráter *in-mediatum* e direto, diria "pessoal" da experiência. É diferente de outras atividades como o estudo dos livros, que tem sempre e necessariamente uma separação, uma *mediação* entre a pessoa e o seu objeto de estudo.

coletiva e solidária, com base em relações significativas entre os atores envolvidos no processo. Para Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999) a construção coletiva e solidária da educação em saúde pública representa uma atitude de democratização na elaboração de políticas de formação e desenvolvimento de profissionais, reportando aos gestores do setor papel de implicação, seja por meio de suas Escolas de Saúde Pública seja por meio das interações entre setor do ensino e setor da saúde:

[...] A participação efetiva da sociedade civil organizada nos projetos de implementação do sistema de saúde representa uma grande oportunidade para a inovação no que diz respeito às características dos futuros profissionais de saúde. A união de estudantes, professores, profissionais, usuários e gestores para trabalhar na formação de recursos humanos para o SUS pode ser considerada um tipo de união inovadora para a construção, necessária e legítima, daquele sistema de saúde desejado pela população.

# CAPÍTULO III

## PERCURSO METODOLÓGICO.



A organização metodológica da pesquisa documental, da criação do campo de pesquisa e das observações que o acompanharam assumiu as características do percurso, ao invés de seguir uma estruturação rígida preestabelecida, tanto pela dificuldade decorrente da aplicação de modelos educativos em contextos multilocais, quanto pela minha *in-experiência* em matéria de pesquisa e de metodologias de pesquisa, o que levou inevitavelmente ao recurso de múltiplos instrumentos – e aos relativos erros de uso – antes de encontrar os mais apropriados. Foi necessário desconstruir o método essencialmente dedutivo das ciências naturais ao qual tinha sido exposto na minha formação, para ser capaz de questionar a realidade a partir dos olhos da sociologia, da filosofia e da antropologia, através de metodologias de pesquisa qualitativa que privilegiassem a interpretação dos eventos em si mesmos, e que fossem orientados a gerar perguntas ao invés de verificá-las (GLASER, 1964).

As metodologias qualitativas de pesquisa, que até então eram para mim competência exclusiva dos pesquisadores das ciências humanas, tornaram-se assim um instrumento eficaz de aprofundamento daquelas mesmas questões éticas, sociais e políticas, que eram frequentemente marginalizadas dentro da pressuposta cientificidade do debate médico. Através da apropriação de novas ferramentas, fui capaz de observar a realidade a partir de ângulos diferentes, que me permitiram decifrar mais claramente os pontos fortes e as limitações intrínsecas às técnicas quantitativas e qualitativas. Dentro do debate metodológico, especialmente dentro de uma disciplina plural como a Saúde Coletiva, é vigente um forte posicionamento sobre uma suposta dicotomia qualitativa/quantitativa. Não é necessário aqui adentrar nas entrelinhas dessa disputa; no entanto, retomando o pensamento de Morin (1984), é oportuno sublinhar que um dos principais riscos inerentes à ciência contemporânea consiste precisamente em uma separação dos saberes – conseqüente o fenômeno da hiperespecialização do conhecimento – o que reduz as possibilidades de análise da realidade em uma perspectiva da complexidade.

Neste sentido, a escolha de uma metodologia qualitativa foi conseqüente aos interesses de exploração do campo de pesquisa, em vez de uma escolha deliberada; um dos momentos de maior crescimento dentro do percurso metodológico aconteceu exatamente quando me fizeram perceber que eu estava essencialmente replicando a estrutura analítica e metodológica típica das técnicas quantitativas, dentro de uma pesquisa que se direcionava claramente no sentido de uma interpretação qualitativa. Passar de uma grade do tipo teórico-dedutiva para uma do tipo indutiva ajudou a gerar uma análise menos preconcebida da realidade, enriquecendo-a com novas ideias e forçando-me a olhar mais de perto a dimensão processual do campo de pesquisa.

Para orientar a criação em campo, usamos como referência o quadro teórico da Extensão Universitária e como ferramenta operacional a ideia do quadrilátero da educação em saúde. A coleta de dados fez uso de múltiplos instrumentos: grupos focais, diário de campo coletivo e vídeo-entrevistas. Foram produzidas ainda notas de campo, lidas as atas e considerados os relatos das reuniões que foram regularmente compartilhados em mídia digital (listas de discussão e grupo do [Facebook](#)) a fim de manter um diário coletivo das principais atividades desenvolvidas.

Os dados coletados foram analisados através da análise temática indutiva; para aumentar a validade e a qualidade da pesquisa, foi realizado um processo de "triangulação" das análises entre três pesquisadores diferentes que realizaram a pesquisa separadamente e posteriormente compartilharam entre si os resultados obtidos. As páginas seguintes descrevem as ferramentas metodológicas utilizadas, as suas características históricas e teóricas, e sua relevância no cenário atual. Tal enquadramento, além de justificar mais claramente a escolha do instrumento específico, permitirá entender mais claramente como este se relaciona com a via escolhida. Resgatando o que foi sugerido por Silverman (2009), espero que esta estratégia seja capaz de subtrair o capítulo metodológico de seu característico e frio formalismo, para restituir em parte o interesse que pode existir no aprender e aplicar em modo original metodologias de pesquisa em contextos multilocais.

## **A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: DIÁLOGO ENTRE BRASIL E ITÁLIA**

De acordo com o que foi afirmado no Plano Nacional de Extensão Universitária de 1999, no Brasil, esta pode ser definida da seguinte forma:

A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade. [...] Este fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequências: a produção de um conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional; a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade.

A Extensão Universitária é estabelecida pelo Artigo 207, da Constituição Federal do Brasil, que consagra a inseparabilidade dos outros dois pilares fundamentais que regem a missão da

Universidade, ou seja, o ensino e pesquisa. A história da extensão é quase tão antiga como a da universidade brasileira, que tem se desenvolvido de maneira orgânica a partir da primeira metade do século XX. Neste período, grupos de estudantes interessados na disseminação do saber dentro das classes menos favorecidas, se organizaram em movimentos culturais e políticos cada vez mais amplos que deram vida, em 1938, a União Nacional de Estudantes (FORUM PRÓ-REITORES, 2012). É interessante notar como, nesta fase, as Universidades Populares Europeias primeiro e a produção intelectual de Gramsci depois, representaram uma das principais referências culturais sobre as quais vem se formando e renovando a ideia de extensão universitária no Brasil. Em particular, a obra de Gramsci foi fundamental para minar a ideia paternalista do conhecimento acadêmico que prevalecia dentro da universidade. Estes movimentos foram afetados pelo caráter ainda profundamente elitista da educação superior, bem como pela visão ruralista típica das universidades norte-americanas que entendiam a extensão essencialmente como uma prática de prestação de serviços. Nesta ótica, as universidades faziam o papel de dispensadoras de saber para uma população que era essencialmente desprovida de conhecimento (TAVARES, 1996). Foi o conceito gramsciano de intelectual orgânico que veio redefinir a prática, introduzindo a distinção entre *homo faber* e *homo sapiens* e alcançando legitimidade à produção do saber que nascesse fora dos muros acadêmicos. Nas palavras de Gramsci (1975):

A maneira de ser do novo intelectual não pode mais consistir na eloquência, motriz exterior e momentânea dos afetos e das paixões, mas num misturar-se ativamente à vida prática, como construtor, organizador, "persuasor permanente" porque não puro orador – e ainda assim superior ao espírito matemático abstrato; da técnica-trabalho alcança a técnica-ciência e a concepção humanística histórica, sem a qual continua a ser "especialista" e não se torna "dirigente" (especialista + político).

Durante a época da ditadura militar no Brasil, a ideia de Extensão foi retomada e transformada, dando a ela uma conotação "*desenvolvimentista*" que reconhecia no desenvolvimento econômico de áreas vulneráveis e nas funções de vigilância e controle do território, as novas razões de ser desta prática (NOGUEIRA, 2001). As atividades de extensão sob o regime militar vão, portanto, ao encontro de uma clara perversão dos ideais emancipatórios que lhe caracterizavam desde a sua criação, tornando-se instrumento de controle e manipulação das classes menos favorecidas. Neste período, ainda, com base na alegação feita por Fragoso Filho (1984), a universidade se torna o braço operacional de um movimento maior que vê na extensão uma possibilidade de desenvolvimento de novas técnicas de produção que teriam permitido consolidar em pouco tempo novos sucessos econômicos, como sugerem os programas de cooperação e desenvolvimento liderados pelos Estados Unidos e pela Unesco (1984). A

extensão universitária deixa então de pertencer ao âmbito acadêmico para se aproximar à esfera governamental. Em paralelo, a partir dos anos de 1960 na Universidade do Recife (mais tarde Universidade Federal de Pernambuco) inicia um movimento crítico à extensão universitária liderado por Paulo Freire, que levará nos anos de 1980 – após 16 anos de exílio – a uma profunda inovação dos seus métodos e objetivos. Na obra de Freire se observa uma profunda reformulação da extensão, começando pelo plano semântico: destacando o caráter missionário intrínseco ao termo (no sentido de uma doação de conhecimento a uma contraparte considerada inferior), além de uma predisposição à reificação do educando, Freire captura, de fato, muitas das contradições que tinham caracterizado as ideias de extensão até então (FREIRE, 1983). Tentando ir além de uma "concepção depositária e domesticante" do conhecimento, Freire propõe a substituição do termo "extensão" pelo termo "*comunicação*", indicativo da coparticipação dos sujeitos ao ato de pensar. Preparando o terreno para uma nova dialogicidade que vise à conscientização dos indivíduos – ou seja, a descoberta de sua condição como realidade histórica e socialmente determinada – o autor desafia ao mesmo tempo opressores e oprimidos: para os primeiros, de fato, chama para a descoberta de "possibilidades ainda inéditas de ação", e para os últimos, a superação daquelas "situações extremas" para além das quais eles podem se tornar mais plenamente livres (FREIRE, 2011).

Finalmente, na segunda metade dos anos 1980, após a queda do regime militar e as lutas pela redemocratização das instituições, observa-se uma redefinição intensa da ideia de universidades públicas e se assiste à articulação do conceito de "tripé universitário" como composto pela união de pesquisa, ensino e extensão. Em 1987, o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão delimita e define as competências deste setor que será institucionalizado um ano depois na nova Constituição Federal brasileira (Art. 207), a qual prevê que as atividades de extensão, como as de pesquisa e ensino, sejam elegíveis para receber financiamento público (Art. 213). A Política Nacional de Extensão Universitária (2012) configura cinco linhas principais:

- 1) Interação dialógica: aspira a substituir a ideia de extensão pela de diálogo, como sugerido por Freire, na ótica de uma produção do saber que surge no encontro entre a universidade e outras organizações ou setores sociais. "Um conhecimento que contribua à superação da desigualdade e da exclusão social para a construção de uma sociedade mais justa, ética e democrática".

- 2) Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: esta linha de ação visa direcionar os conhecimentos especializados para uma visão holística através da interação de modelos, conceitos e disciplinas diferentes que tornam possível encarar a complexidade inerente às comunidades.
- 3) Indissociabilidade da pesquisa-formação-extensão: "a diretriz da indissociabilidade coloca o aluno como protagonista da sua própria formação técnica (o processo de alcançar as habilidades necessárias à atuação profissional) e da sua educação para a cidadania (o processo que o permite reconhecer-se como agente de garantia de direitos, deveres e de transformação social)"; este eixo legitima como espaços educacionais não apenas as salas de aula da universidade, mas todos os lugares onde se possam estabelecer experiências de conhecimento através de metodologias participativas e democráticas.
- 4) Impacto na educação do aluno: "graças à expansão dos quadros de referência e as realidades com as quais o aluno é chamado a confrontar-se, e graças ao contato direto com as grandes questões do mundo contemporâneo, esse impacto é possível".
- 5) Impacto e transformação social: por meio da resposta às necessidades da população, através do uso de "instrumentos capazes de travar as consequências perversas do neoliberalismo e, em particular, a mercantilização das atividades universitárias, a alienação cultural e todos os problemas que a acompanham".

Neste período, portanto, vemos como a ideia de extensão é profundamente revolucionária e estreitamente ligada ao conceito de cidadania e de afirmação dos direitos humanos. O conceito de cidadania é fundamental para afirmar a matriz comum que liga a universidade à sociedade, em uma tentativa de ir além de uma dicotomia introduzida sorrateiramente para reafirmar a própria superioridade cultural, mesmo quando se pretendia negá-la. Essa ideia de extensão como uma ferramenta educacional para uma cidadania comum tem sido um dos pilares conceituais deste novo projeto. Um conceito de cidadania como uma forma de expressão e afirmação dos direitos humanos a partir das pessoas que se dedicam diariamente à sua afirmação material (ou negação) através do trabalho (ASENSI, 2011). Essa atitude decorre do desejo de tentar preencher a lacuna existente na academia entre afirmações de princípios e práticas reais de exigibilidade de tais direitos. Como observado por Bobbio (1990), na verdade, "o problema fundamental em relação aos direitos humanos, hoje, não é tanto para justificá-los, mas para protegê-los. Não é um problema filosófico, mas político". Questionar-se se hoje a universidade é capaz de operar uma efetiva proteção desses direitos, continua a ser uma questão central. Prosseguindo o seu raciocínio, Bobbio afirma que a exigibilidade dos direitos

acontecerá ao longo do tempo através da pesquisa dos fundamentos primeiramente práticos e em seguida teóricos, que tornarão efetivos aqueles direitos. Essas considerações nos permitem adentrar na fase contemporânea de transformações da extensão universitária.

Durante os anos de 1990, justamente quando o discurso extensionista estava retomando força graças ao movimento dos Pró-Reitores e aos movimentos estudantis nacionais e regionais, manifestam-se uma das contradições que marcarão esta forma particular de construção de conhecimento até os dias de hoje; na verdade, é uma década em que assistimos a uma consolidação massiva das políticas neoliberais, que encontram na ideia do Estado Mínimo e no redimensionamento do financiamento às universidades públicas um dos seus principais objetivos (MELO NETO, 2002). É dentro desta tensão entre as forças cada vez mais penetrantes do capitalismo global e as forças democratizantes da qual a extensão universitária – em suas instâncias mais modernas e atuais – pretende afirmar-se como veículo, que é necessário analisar hoje a complexidade do desafio de uma universidade aberta à sociedade em que está inserida.

Esta tensão torna-se particularmente evidente em um momento em que, como observado nos primeiros capítulos, as universidades passam por processos de privatização e reorganizações funcionais, nos quais utilizam as lógicas e linguagens do campo da gestão empresarial. Não é de admirar, então, que nos últimos anos a área da extensão universitária tenha atraído um número crescente de credores privados que encontraram aqui uma área interessante de investimento que corre o risco de comprometer ainda mais a autonomia intelectual e econômica da universidade, que representa o pré-requisito para o desenvolvimento de projetos voltados à equidade social (CHAUÍ, 2001 e 2003).

No entanto, é precisamente em defesa do sentido profundo e democrático da extensão que leva de “universitária”, simplesmente, à “comunitária”, especificamente ou entre outras formas de extensão. A extensão comunitária, entendida como construção da cidadania, torna possível produzir discontinuidades dentro da lógica neoliberal dominante dentro da universidade e torna finalmente reconhecíveis aquelas mesmas lógicas e o posicionamento de cada um com relação a eles mesmos, como mostrado muito claramente por Boaventura de Sousa Santos (2004):

[...] A área de extensão em um futuro próximo terá um significado muito especial. No momento em que o capitalismo global pretende empresarializar a universidade e transformá-la em uma grande agência de extensão ao seu serviço, a reforma da universidade deve conferir uma nova centralidade às atividades de extensão e concebê-las em uma forma alternativa ao capitalismo global, atribuindo às

universidades uma participação ativa na construção da coesão social, no fortalecimento da democracia, na luta contra a exclusão social e a degradação ambiental, na defesa da diversidade cultural.

Em uma época em que Universidades e Sistemas de Saúde se tornam alvo de interesse pelas novas forças econômicas de um lado, e pela retirada gradual do Estado do outro, compreender como ocupar de uma maneira nova estes espaços e como recompor o sentido desagregado da nossa participação e das nossas práticas dentro deles, é um desafio pedagógico e político tão interessante quanto urgente.

### **A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA: QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

As atividades de construção do campo de pesquisa do UNiverSSI se inserem dentro do mais amplo conjunto de práticas organizadas pelo Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, e referiu-se à pluralidade de contatos – tanto de nível universitário quanto territorial – construídos ao longo dos anos sem os quais este projeto teria sido provavelmente impossível. Nas páginas anteriores descrevemos os pressupostos éticos e teóricos que explicaram a nossa saída do perímetro restrito da nossa faculdade, através do conceito de extensão universitária; mas como operacionalizar de fato uma saída da universidade do seu próprio perímetro?

A estruturação do verdadeiro campo de pesquisa utilizou uma metodologia participativa que contou com o envolvimento de todos os atores da atividade, e utilizou a noção de "quadrilátero da formação em saúde" como ferramenta operativa chave. Tal como definida por Ceccim em sua produção intelectual, a ideia de quadrilátero em saúde permite articular dentro do processo pedagógico quatro instâncias fundamentais: educação - serviços - gestão - comunidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). O uso deste instrumento parte do pressuposto de que a formação em saúde não pode ser reduzida à mera acumulação de evidências diagnósticas e terapêuticas, mas interpreta o processo educacional como um potencial transformador das práticas e das políticas que estão presentes em cada uma dessas esferas. O quadrilátero em saúde se configura como um instrumento de Educação Permanente que, a partir da experiência e da análise do trabalho diário em contextos específicos, é capaz de "produzir mudanças das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as

necessidades de saúde das pessoas, das comunidades e da gestão de serviços". Ao contrário da Educação Continuada que prevê formas de saberes uniformizantes, hierárquicas e prevalentemente uniprofissionais e monodisciplinares, a Educação Permanente se constitui, portanto, como uma prática descentralizante que, com uma lógica de tipo ascendente, valoriza as capacidades críticas dos sujeitos envolvidos e sua possibilidade de interação, com vistas à melhoria da qualidade da assistência oferecida e do sistema de serviços em geral (CECCIM, 2002).

Isto é particularmente relevante hoje, se considerarmos que a confiança exclusiva na medicina baseada em evidências e em diretrizes mostrou muitas dificuldades em trazer uma verdadeira mudança nas práticas profissionais (ARMSTRONG, 2002; GROL, 2001; CABANA, 1999), bem como sérias problemáticas relacionadas à assunção acrítica das mesmas (LENZER, 2013). Assim, a partir da ideia do quadrilátero da formação, temos produzido um conjunto de "movimentos" que permitem articular as quatro instâncias básicas (universidade, gestão do setor, serviços de atenção e comunidade: formação, gestão, atenção e participação) dos processos de educação na saúde; como apontado por Ceccim (2004), esta noção de quadrilátero na educação é importante porque:

Cada lado libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços e tempos com motivações diferentes. Assim, ao reivindicar uma avaliação crítica da formação que fazemos e uma formação com força política para um processo de mudança da realidade, nos reencontramos em uma posição de ativar certos processos e controlar outros. [...] Cada lado contém um desafio pedagógico, uma imagem do futuro, uma luta política e uma rede de conexões. Cada vértice consiste em trajetórias formativas postas em vigor.

Estes movimentos se tornam, então, cruciais para uma integração de conhecimentos e práticas normalmente segregados pela hiperespecialização, a qual acaba gerando tomadas de decisão normativas e pouco ou nada negociadas entre os atores envolvidos (CECCIM, 2004). Em última análise, para que a ideia do quadrilátero da formação em saúde possa realmente ser implementada, é necessário que cada profissional se torne capaz de redefinir os próprios limites subjetivos, abrindo-se à possibilidade da mudança antes de qualquer coisa individual que acontecerá ao longo do tempo através do confronto com o outro.

## **INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: O GRUPO FOCAL, O DIÁRIO DE CAMPO E AS VÍDEO-ENTREVISTAS**

Para a coleta de dados, fizemos uso de múltiplos instrumentos que pudessem se adaptar às diferentes necessidades surgidas durante mais de um ano de atividades do UNiverSSI. O principal método utilizado foi o grupo focal, com o objetivo de estimular, através da interação entre os participantes, uma descrição completa das percepções e experiências vividas (LUCIDI, 2008). Pelo fato de ser direcionado a captar as expressões de grupos em vez de indivíduos, o grupo focal se mostrou como o instrumento mais adequado para analisar as principais ideias dos grupos com os quais articulamos as atividades, sob o ponto de vista do quadrilátero da formação em saúde.

Os grupos envolvidos foram: os pesquisadores, docentes, estudantes e residentes do CSI, os estudantes universitários da Universidade de Bolonha – Unibo, os trabalhadores e usuários dos serviços locais de saúde e gestores de saúde da região da Emília-Romana.

No entanto, dado que o nosso principal objeto de pesquisa se referia à população estudantil e sua percepção da atividade, a maioria dos dados coletados têm de fato um foco neste grupo. A coleta de dados respeitou em todos os momentos os diferentes tipos de profissionais, a fim de incentivar a livre expressão dos grupos (KITZINGER, 1995): neste sentido, foi considerado importante separar dentro do contexto acadêmico a realidade do Centro de Saúde Internacional do contexto dos estudantes, para entender por um lado, quais os fatores que levaram este Centro a promover as atividades do UNiverSSI e, de outro lado, quais efeitos teve na formação dos estudantes.

Pela mesma razão, todos os grupos focais foram realizados em seus respectivos locais de trabalho ou estudo, e duraram entre uma hora e meia e duas horas. Em todos os casos foi previamente solicitado o consentimento por via oral para a gravação e utilização dos dados.

Os métodos utilizados e as suas principais características estão resumidos na tabela 1:

**Quadro 1:** Métodos utilizados para a coleta de dados

Diário de Campo Estudantes do UNiverSSI (8 participantes)	Grupo Focal CSI (6 participantes)	Vídeo-Entrevistas Estudantes do UNiverSSI (8 participantes)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que você tem observado durante nossas visitas às Casas da Saúde?</li> <li>• Como foi pra você o momento da visita?</li> <li>• Que papel poderia desempenhar o estudante dentro de uma Casa da Saúde se tivesse que pensar um possível estágio?</li> <li>• O que você gostaria de ver nas visitas subsequentes?</li> <li>• Prós e contras do percurso do UNiverSSI: o que você mudaria?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Novos elementos do percurso do UNiverSSI;</li> <li>• Fatores contextuais nos quais se insere o projeto;</li> <li>• Análise da atual formação em saúde;</li> <li>• Expectativas sobre o projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que representa para você o UNiverSSI?</li> <li>• O que acrescentou ao seu percurso formativo?</li> <li>• Quais foram as principais dificuldades encontradas durante o projeto?</li> </ul>

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente e anonimamente. Todas as transcrições foram posteriormente devolvidas a cada grupo para possíveis correções antes de serem publicadas. Para facilitar a reflexão sobre a experiência realizada, foi disponibilizado um diário de campo coletivo em que os estudantes podiam colocar as impressões que tiveram durante a fase de campo propriamente dita. Finalmente, tendo em vista a apresentação do UNiverSSI no Congresso Ítalo-Brasileiro "Participação social, estratégias de formação e avaliação em Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva colaborativa", foi solicitado a um grupo de estudantes voluntários que realizassem uma vídeo-entrevista na qual respondessem a três perguntas para explicar o significado da experiência desenvolvida. Todos estes materiais foram utilizados para a análise proposta neste trabalho de pesquisa.

### **A ELABORAÇÃO DOS DADOS: ANÁLISE TEMÁTICA INDUTIVA**

O instrumento metodológico utilizado para a avaliação dos dados foi a análise temática indutiva. Este tipo de análise procede através da codificação de componentes textuais recorrentes, a fim de identificar os *temas* relevantes para a descrição dos objetos de estudo (BOYATZIS, 1998; ARONSON, 1994). É possível identificar dois tipos de análise temática, a indutiva e a teórica. Na análise temática indutiva (ou bottom-up), o pesquisador analisa o texto sem uma pergunta de pesquisa preexistente, tentando codificar as questões mais importantes; já na análise temática teórica, o pesquisador investiga o texto a partir de um interesse específico. A primeira técnica é geralmente caracterizada por uma amplitude mais

elevada dos temas analisados e uma forte aderência ao material a ser analisado, enquanto a segunda por uma maior profundidade de análise de um tema específico. Não se focando principalmente na ocorrência quantitativa de uma palavra, mas, sobretudo, sobre a relevância conceitual dos temas contidos no texto. A análise temática indutiva se configura como uma técnica flexível e particularmente adequada às primeiras experiências de pesquisa com metodologias qualitativas (RYAN, 2000). Como sugerido por Braun e Clarke, a análise temática indutiva “é o primeiro método qualitativo que os investigadores deveriam aprender, visto que fornece as capacidades fundamentais que poderão ser úteis para realizar também outros tipos de análise qualitativa”.

Considerando a minha falta de experiência no campo da pesquisa qualitativa, a análise temática indutiva se mostrou uma ferramenta relativamente simples e flexível de usar, permitindo, entre outras coisas, uma discreta valorização dos dados coletados por meio de grupos focais, diários de campo e vídeo-entrevistas. Para realizar a análise, seguimos um esquema em 6 passos (BRAUN e CLARKE, 2006):

- 1) familiarização com os dados;
- 2) geração de códigos iniciais;
- 3) pesquisa dos temas;
- 4) revisão dos temas;
- 5) definição e denominação dos temas;
- 6) produção do relatório.

O elemento que, mais do que qualquer outro, ajudou a dar profundidade e consistência à análise foi o de coletivizar esta fase da pesquisa, aproveitando o pedido do programa de Mestrado de publicar um artigo em uma revista científica; a partir de então nasceu o "Grupo de escritura de artigos", que será brevemente descrito no capítulo seguinte.

### **O “GRUPO DE ESCRITURA DE ARTIGOS” OU DE COMO SAIR DO ISOLAMENTO ALIENANTE DA PESQUISA E “APRENDER A APRENDER” COLETIVAMENTE**

Em comparação com os amigos e colegas que se aventuraram no mundo da pesquisa através

de doutorados, pós-doutorados e programas específicos, uma fonte de frustração que se repete em quase toda experiência pessoal é aquela deriva da solidão e das conseqüentes incertezas que acompanham o percurso de pesquisa. Depois de passar pela primeira fase de aprofundamento dos problemas que eu estava prestes a enfrentar, também me encontrei na mesma situação; quando chegou o momento de enfrentar os aspectos metodológicos da análise e traduzir na prática o que foi lido, me confrontava com uma sensação constante de incompletude, quando não de uma verdadeira inadequação. Assim, tive a ideia de aproveitar o pedido do Mestrado Acadêmico de escrever um artigo a ser publicado, para propor aos meus colegas do UNiverSSI de se juntarem a mim para escrever o artigo. Dois deles aceitaram com prazer e desde então surgiu o "Grupo de escrita de artigos".

Este pequeno grupo, composto por apenas três pessoas, nos deu a convicção do quanto é importante a aquisição de competências metacognitivas no desenvolvimento de uma eficaz autonomia formativa. Quase todas as linhas guia concordam, de fato, sobre a necessidade de formar estudantes dotados de *pensamento crítico*, mas os programas de ensino tendem a minimizar os espaços de autonomia da aprendizagem, como observado anteriormente. Dentro deste grupo, temos procurado analisar cientificamente a formação médica em atenção primária através de uma análise crítica da literatura disponível, e temos sucessivamente realizado uma análise qualitativa da experiência do UNiverSSI. Isso nos forneceu as ferramentas para avaliar criticamente também a experiência pedagógica que estávamos enfrentando juntos, e colocá-la dentro de um quadro analítico mais amplo. Uma ampla gama da literatura científica tem mostrado os benefícios de estimular a aquisição de competências de pesquisa nos estudantes para favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico e independente (HUNTER, 2007; IMAFUKU, 2015).

Tendo acordado o assunto e as metodologias de análise nas quais embasar o nosso artigo, passamos para a fase de pesquisa propriamente dita. Diversas atividades foram realizadas: em um primeiro momento foi realizada uma revisão sistemática da literatura na base de dados MedLine/Pubmed utilizando como palavras-chave os termos MESH: “undergraduate medical education” AND “primary health care”. Passou-se em seguida a leitura dos *abstracts* selecionados desta forma e os artigos mais interessantes foram posteriormente catalogados em um arquivo do Excel. A partir destes materiais começamos nossa revisão da literatura para fins de informação. Uma vez adquiridas as noções de base sobre o assunto a ser estudado, aprofundamos os instrumentos e as técnicas de metodologias qualitativas e fizemos, portanto,

uma análise conjunta dos materiais e das entrevistas que tinha coletado anteriormente.

De um ponto de vista metodológico, a coletivização do processo de pesquisa proporcionou algumas vantagens importantes. A primeira foi a de permitir uma *triangulação* entre as diferentes perspectivas dos pesquisadores, aumentando consideravelmente a confiabilidade dos resultados (DENZIN, 1970). Além disso, poder comparar três pontos de vista a partir dos mesmos dados e de quadros analíticos semelhantes permitiu uma maior riqueza de análise, favorecendo aqueles processos de *observação da observação* que são muito mais complexos de realizar quando o pesquisador é deixado por conta própria (CARDANO, 2001). Como afirmado – *respectivamente, por Denzin e Cardano* – estes dois aspectos representam atualmente duas estratégias úteis para aumentar a qualidade e a confiabilidade da análise qualitativa, e para reduzir o risco de que aconteçam distorções significativas dos dados causadas pela percepção individual do pesquisador.

# CAPÍTULO IV

## O PROJETO UNIVERSSI: POR UMA TROCA DE IDEIAS NA FORMAÇÃO.



## O NASCIMENTO DO PROJETO UNIVERSSI

O projeto UNIVERSSI nasce na troca e é, portanto, impossível estabelecer precisamente onde ou por meio de quem nasceu. Nasce dentro de uma pluralidade de percepções e experiências que levaram, num primeiro momento, um grupo de estudantes e pesquisadores a confrontar-se com a experiência do VER-SUS e, de maneira geral, com as lutas realizadas no Brasil pela afirmação e consolidação do Sistema Único de Saúde. Nasce no interior dos espaços deixados vazios pelo sistema acadêmico italiano, de estágios inconclusivos nas policlínicas, dos desejos dos estudantes de se experimentarem e de experimentar. Nasce dentro da vontade de demonstrar que a formação imaginada por esses alunos não era apenas uma utopia juvenil, mas uma necessidade sólida e documentada pela ciência pedagógica e que, mesmo positivismo imperante nas faculdades de medicina, propunha como o método ideal a leitura do real, embora contradito em sua prática de ensino.

O UNIVERSSI se configura, então, como um processo que nasce na "periferia" da universidade, e no "centro" dos desejos e necessidades de formação de um grupo de estudantes, professores e pesquisadores interessados em explorar questões normalmente marginalizadas no currículo tradicional – Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Saúde Global e Ciências Humanas – e com uma forte relevância para a realidade do trabalho no contexto local. Como observado por C., pesquisador do CSI:

Pareceu-me que havia interesse e consenso sobre o fato de que a formação em saúde é afetada por um currículo muito focado na prática hospitalar e muito fechada em si mesma, sem uma abertura para o que será depois em grande parte, o objeto [de interesse] dos futuros profissionais. É como se tivesse acontecido uma tomada de posição sobre o fato de que a saúde acontece na vida cotidiana e, portanto, torna-se contraproducente continuar a estruturar uma formação que tem como objeto a doença, a célula, o micro, ignorando o macro.

O UNIVERSSI é um projeto de extensão universitária que se organizou fazendo referência à ideia do quadrilátero da formação em saúde, para experimentar métodos alternativos de participação de estudantes e profissionais de saúde na vida do sistema de saúde pública. Vimos nas páginas anteriores os principais problemas que caracterizam a educação médica de hoje e o referencial teórico dos métodos utilizados. Nas páginas seguintes será descrito o projeto UNIVERSSI do ano letivo italiano de 2014/2015, ou seja, o primeiro ano de atividades do projeto em andamento, e como este se coloca em relação aos problemas analisados nos capítulos anteriores.

## **A ARTICULAÇÃO COM OS ESTUDANTES E SUAS ASSOCIAÇÕES**

A organização do UNiverSSI foi possível graças à estreita cooperação entre o Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha e o componente estudantil, particularmente com a associação de estudantes “Gruppo Prometeo” da Faculdade de Medicina e Cirurgia. O Gruppo Prometeo é uma organização estudantil sem fins lucrativos, política e apartidária, presente há 24 anos na Escola de Medicina e Cirurgia da Unibo. Os primeiros contatos entre o CSI e os estudantes do Prometeo, ocorridos em novembro de 2014, tornaram possível empreender um percurso coletivo de construção de um projeto de formação, e levaram à realização da primeira reunião oficial, ocorrida em 19 de dezembro de 2014, dentro do Espaço dos Estudantes do Hospital Sant’Orsola. A fim de compor um grupo que fosse o máximo possível aberto e multiprofissional, foram convidados estudantes de vários cursos de graduação, através do uso de anúncios em várias faculdades e divulgando a atividade para alunos potencialmente interessados nos temas a serem discutidos. Na primeira reunião estiveram presentes os médicos do Centro de Saúde Internacional e Intercultural, alunos dos cursos de Medicina e Cirurgia, de Enfermagem, de Antropologia Cultural e Etnologia e dois psicólogos. A participação na atividade aconteceu de maneira inteiramente voluntária e não vinculada à assunção de créditos formativos; isso certamente ajudou a selecionar um grupo de estudantes com uma grande motivação pessoal, que se mostrou ser de grande ajuda na estruturação das atividades, como apontado por F., do CSI:

O que me pareceu muito interessante foi o entusiasmo com que um grupo motivado de estudantes quis discutir questões sobre a organização do serviço, da formação e também dos discursos mais amplos sobre o direito à saúde. Obviamente este é um grupo motivado, e não uma amostra representativa dos estudantes, no entanto, faz-me pensar que pode ser um bom substrato para começar a fazer discursos em vários níveis, tanto nos serviços quanto na universidade, para poder aumentar a intensidade da organização.

### **DO VER-SUS AO UNiverSSI: A IDEIA DO NOME**

Durante a primeira reunião surgiu imediatamente a necessidade de dar nome ao projeto que estávamos construindo; foi acordado um período de reflexão no qual todos poderiam pensar em

um nome a ser proposto. Durante a terceira reunião, das várias propostas apresentadas e discutidas, a opção que obteve o maior consenso foi o nome UNIVERSSI. Este nome, além de manter certa semelhança com o termo VER-SUS, é composto substancialmente por 3 morfemas indicativos do sentido geral da atividade e ainda uma palavra com sentido em si mesma:

- **UNI:** um prefixo que remete à UNiversidade;
- **VERS:** lembra “verso”; verso, em italiano, significa isto orientado àquilo, “ao encontro de”, “em direção a”;
- **SSI:** é sigla para Sistema de Saúde Italiano;
- **Univer(s)si:** significa, em italiano o plural de universo.

Assim, vemos que a palavra é composta de três elementos distintos que, quando unidos, trazem exatamente a ideia de uma Universidade que vai em direção ao (que se abre para) o sistema de saúde. O significado mais profundo do nome é precisamente o de uma universidade que não permanece confinada dentro dela, mas se abre e "estende" ao Sistema de Saúde, na ótica de um reforço recíproco e indispensável. Pode ser também observado que a palavra “univer(s)si” faz referência a um termo italiano que significa pleno, universo de fato. Como apontado por B., um estudante de medicina:

[UNIVERSSI] no sentido de que não existe apenas o universo do hospital que nos é proposto na nossa formação, mas existem diferentes realidades fora dele nas quais se pode trabalhar pela saúde das pessoas.

No caso do VER-SUS brasileiro, todas as letras são iniciais de alguma palavra (vivência, estágio, realidade, sistema, único, saúde), mas “ver” é olhar, enxergar, saber por observação, assim como “versus”, palavra inteira, tem o mesmo impacto sonoro de versos, que corresponde à escrita poética: ver o SUS em versos, ou mesmo em “versões”. Versão é cada um dos diferentes modos de contar ou interpretar o mesmo fato, história, observação.

## **O PERCURSO FORMATIVO DO UNIVERSSI**

O percurso de formação de UNIVERSSI pode ser resumido em torno de três eixos principais: as *reuniões*, os *workshops* e as *atividades de campo*.

**Reuniões:** os encontros foram realizados com uma frequência mensal e foram organizadas no espaço das Associações Estudantis na Policlínica St. Orsola Malpighi. As reuniões foram sempre realizadas à noite, de modo a não criar qualquer sobreposição com o horário das aulas e assim subtrair o menor tempo possível dos estudos. Procurou-se favorecer a presença de um clima amigável e horizontal, que estimulasse um confronto livre e aberto entre os vários membros do grupo de diferentes formações e idades. Esta atitude de escuta e colaboração entre alunos e professores tem sido uma característica importante do projeto, e vem da consciência de que as relações de poder entre educadores e educandos tendem a reduzir as capacidades criativas dos que se encontram em posição de subordinação dentro de tais relações (FREIRE, 1997). A criação de um ambiente paritário de discussão visa ainda estimular a capacidade de análise crítica e de promover a conscientização por parte de alunos e professores de serem capazes de agir como promotores de mudança (O'CONNELL, 2004). Durante a primeira edição, foi realizado um total de doze reuniões e para cada uma delas foi produzida uma ata. As reuniões tiveram um papel principalmente – mas não exclusivamente – organizacional; durante cada reunião, de fato, ao lado da divisão de tarefas e às normais obrigações a serem cumpridas para a organização das atividades práticas, foram discutidas as principais questões de interesse para o grupo, como as de integração multiprofissional, da formação e da abordagem comunitária; foram compartilhados materiais de estudo e vídeo para aprofundar os diversos assuntos e, no primeiro mês de atividade, um subgrupo de estudantes começou a traduzir do inglês para o italiano o artigo “Culture and Health” da Lancet Commission, de modo a facilitar a leitura para todos. O desejo inicial do grupo era disseminar o artigo traduzido na Faculdade, a fim de assegurar uma divulgação adequada; no entanto isso não foi possível por causa do alto custo da utilização dos direitos de autoria da revista, contatada previamente por e-mail.

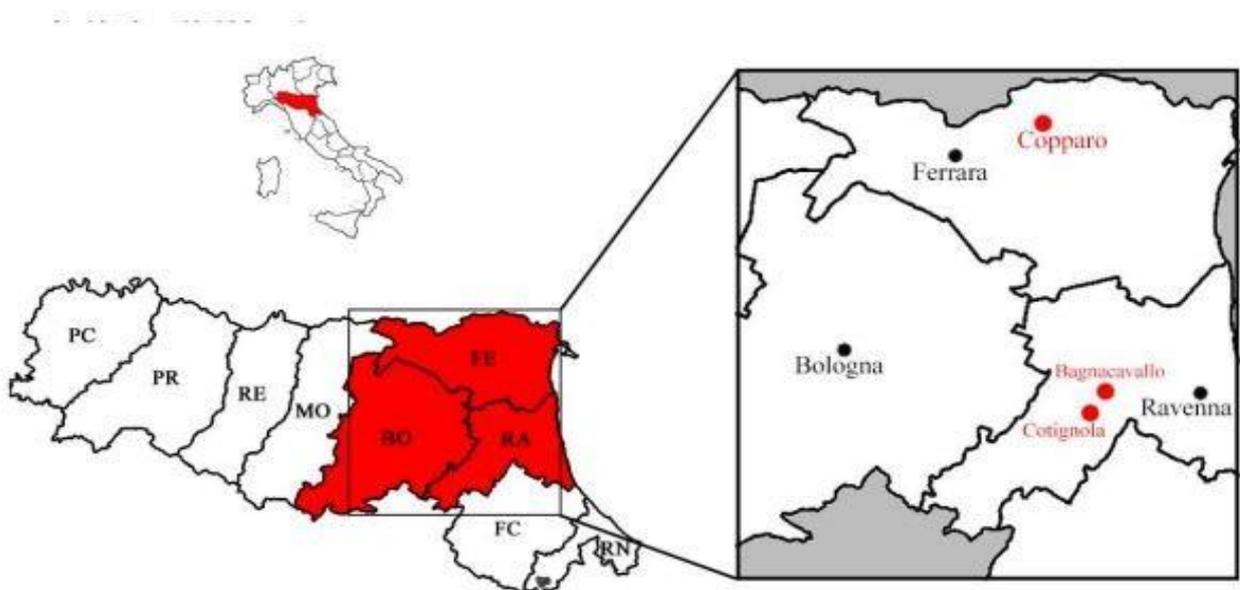
**Workshops:** três oficinas de formação foram organizadas em preparação para a fase de campo. Os tópicos foram acordados por todos os participantes e foi agendada uma discussão de aprofundamento dos seguintes tópicos:

- A organização da assistência à saúde na Região da Emília-Romana: seminário realizado pelo médico Francesco Sintoni, residente em Saúde Pública e membro do Centro de Saúde Internacional e Intercultural;
- Das “Health Care Units” às “Casas da Saúde”: seminário realizado pelo professor Angelo Stefanini, docente do Centro de Saúde Internacional e Intercultural;
- A experiência brasileira do VER-SUS contada por seus participantes: chamada Skype entre

os estudantes responsáveis pela organização do VER-SUS de Porto Alegre e os estudantes do grupo UNiverSSI da Unibo.

**Atividades de campo:** as atividades de campo foram realizadas em três diferentes Casas da Saúde da Região da Emília-Romana (Figura 1).

- 1) Visita à Casa da Saúde Terre e Fiumi, de Copparo (Ferrara): inaugurada em 10 de setembro de 2011, no antigo hospital de Copparo, é a sede de referência onde são ofertados os serviços de assistência social e saúde para a população dos municípios de Copparo, Tresigallo, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro e Berra<sup>6</sup>.
- 2) Visita às Casas da Saúde de Bagnacavallo<sup>7</sup> e Cotignola (Ravenna): a Casa da Saúde de Bagnacavallo foi inaugurada em 2013, é a sede principal e se articula junto a outras três estruturas secundárias localizadas em Cotignola, Bagnara di Romagna e Villanova di Bagnacavallo a fim de promover maior proximidade entre o cidadão e os pontos de prestação de serviços.
- 3) Visita de retorno da experiência com os profissionais das Casas da Saúde de Bagnacavallo e Cotignola.



**Figura 1:** Localização das Casas da Saúde visitadas durante a primeira edição do projeto UNiverSSI (em vermelho).

Durante cada atividade, um grupo de profissionais do local acompanhou os estudantes no

<sup>6</sup><http://www.ausl.fe.it/home-page/in-evidenza/casa-della-salute-terre-e-fiumi-di-copparo>

<sup>7</sup>[http://www.ausl.ra.it/files/EDITORIA%20N\\_00538%20guida%20ai%20servizi%20Casa%20della%20Salute%20di%20Bagnacavallo.pdf](http://www.ausl.ra.it/files/EDITORIA%20N_00538%20guida%20ai%20servizi%20Casa%20della%20Salute%20di%20Bagnacavallo.pdf)

interior das instalações, explicando o seu funcionamento, o tipo de serviços oferecidos e as dificuldades encontradas no processo de conversão dos hospitais ou policlínicas nas Casas da Saúde. No final de cada visita foi aberto um momento de confronto final entre os profissionais das Casas da Saúde e os membros do grupo UNiverSSI que, de acordo com o ponto de vista dos participantes, foi um dos momentos mais marcantes de toda a atividade.

O nível de curiosidade mantida em relação a tudo o que estava acontecendo, os tipos de perguntas e especialmente a abertura do debate no final, foi um momento de grande troca e confronto que percebi ter sido muito apreciado, principalmente pelos profissionais que de um lado se viram deslocados, deslocados não no sentido negativo, apenas deslocados no sentido de "essa coisa eu não esperava de receber dos estudantes", ou seja, esperavam receber os alunos, mas não esperavam que houvesse um confronto e um nível de profundidade e de questões que os estimularam e os deixaram satisfeitos. Isto provavelmente aconteceu por causa de todo o processo anterior em relação a preparação para as visitas. (C., médico do CSI)

Durante a terceira reunião de devolutiva da experiência, os estudantes puderam discutir junto aos profissionais das Casas da Saúde de Bagnacavallo e Cotignola as impressões e comentários sobre a visita anterior na forma de Role Play. Não foi possível realizar uma devolutiva similar em Copparo, devido à falta de tempo disponível. Durante a devolutiva, foram colocadas 3 perguntas a serem respondidas em cartões de 3 cores diferentes: amarelo, azul e verde. As respostas dadas pelos estudantes foram lidas pelos profissionais e vice-versa; o objetivo da atividade era tentar desnaturalizar os diferentes olhares a partir de posições e sensibilidades diferentes das suas próprias.

**Quadro 2: Sinopse das principais atividades formativas do projeto UNiverSSI**

REUNIÕES	WORKSHOP	ATIVIDADES DE CAMPO
<p><b>Total:</b> 11 reuniões com frequência mensal  <b>Lugar:</b> sede das associações estudantis do Hospital Sant'Orsola (Bolonha)  <b>Horário:</b> das 19:00 às 22:00h  <b>Duração média:</b> 3h  <b>Nº médio de participantes:</b> 20</p>	<p><b>1) A organização da atenção primária na Emília-Romana</b>  Participantes: 35  Duração: 3h  Data: 14 de janeiro de 2015</p> <p><b>2) A organização das Casas da Saúde</b>  Participantes: 37  Duração: 3h  Data: 22 de janeiro de 2015</p> <p><b>3) A experiência brasileira do VER-SUS contada por seus estudantes</b>  Participantes: 35  Duração: 2 horas  Data: 02 de fevereiro de 2015</p>	<p><b>1) Visita à Casa da Saúde Terre e Fiumi – Copparo</b>  Participantes: 25  Duração: 8h  Data: 12 de fevereiro de 2015</p> <p><b>2) Visita às Casas da Saúde de Bagnacavallo e Cotignola</b>  Participantes: 33  Duração: 8h  Data: 13 de fevereiro de 2015</p> <p><b>3) Visita devolutiva aos profissionais de saúde das CdS Bagnacavallo e Cotignola</b>  Participantes: 8  Duração: 4h  Data: 17 de julho de 2015</p>

## A ARTICULAÇÃO COM A ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

Uma das questões que ocuparam significativamente o tempo das reuniões era relativa à forma com a qual se relacionar com a Faculdade de Medicina e Cirurgia e os diferentes cursos de graduação. O envolvimento dos alunos já na fase de planejamento da formação implica a responsabilização dos mesmos, não só no que diz respeito às atividades tradicionais (estudo, presença em sala de aula etc.), mas também a questões mais complexas, que envolvem capacidade de *advocacy* pelo próprio percurso educativo e atitudes de gestão do mesmo. Em outras palavras, envolver os estudantes na criação inédita de um projeto educativo significa retirá-los da zona de conforto em que são normalmente relegados, e colocá-los em posição de questionar a si mesmos e seus educadores com relação às escolhas formativas do curso de graduação.

Esta atitude de formação é exemplificada nas palavras de Paulo Freire, quando diz que "educar ou é para domesticar ou é para libertar" (FREIRE, 2010 e 1967). Existe hoje um montante significativo da literatura que documenta o processo de "desumanização" vivido pelos estudantes que entram nas faculdades da área da saúde (COULEHAN, 2001; BRAINARD, 2007); numerosas evidências na literatura mostram que quanto mais se aumentam as possibilidades de escolha e autonomia do estudante, mais se estimula o envolvimento e satisfação do mesmo dentro do percurso formativo.

Nas Escolas de Medicina e Cirurgia italianas, as escolhas seguiram a direção oposta, tanto que os cursos de graduação em medicina e cirurgia foram os únicos a não terem prevista a introdução de disciplinas optativas dentro do seu currículo, ao contrário do que aconteceu com todos os outros cursos de graduação. Assim, para os estudantes que participaram do UNiverSSI, a possibilidade de gerir pessoalmente o projeto de formação e sentir-se responsável por ele, representou uma nova e estimulante oportunidade:

[...] O fato que sejam os estudantes (que façam a gestão do projeto) é a força do UNiverSSI porque permite que o grupo e o próprio percurso possam ser modificados e guiados dependendo do que são para os próprios alunos as exigências, os princípios, os valores do ser médico, do ser profissional da saúde e de ser uma pessoa que lida com a saúde de maneira mais ampla. (I, UNiverSSI)

Neste sentido, então, os membros do grupo tiveram que se preocupar também em levantar fundos necessários para realizar a atividade. Depois de analisar várias possibilidades, foi apresentado um projeto a um edital da Escola de Medicina e Cirurgia "Fondi per il Diritto allo

Studio 2014 – Viaggi di istruzione per studenti”, o qual, após a aprovação da comissão julgadora, consentiu alocar um orçamento de € 2.000 (dois mil euros) para a realização das visitas. É, portanto, reconhecido um interesse da Escola em relação as atividades empreendidas; no entanto, esse reconhecimento se limita ao aspecto financeiro, não atingindo dinâmicas mais complexas, como a formação ou o currículo.

## **O PONTO DE VISTA DO UNIVERSSI SOBRE A SAÚDE**

O UNIVERSSI não se coloca de fora ou em total oposição à formação universitária tradicional, mas pretende analisá-la criticamente a partir de uma valorização dos "olhares" de quem vive cotidianamente tanto o ambiente universitário – ou seja, estudantes, pesquisadores, professores – quanto o ambiente dos serviços de saúde – ou seja, os profissionais de saúde. É exatamente nesse jogo contínuo de olhares que se pode encontrar uma das características importantes do projeto: se de fato a iniciativa nasce do desejo de ampliar o panorama da formação em múltiplos cenários (como os de serviços do território), assim também os pontos de observação se tornaram o máximo possível múltiplos, se abrindo o máximo possível a uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional.

Esta problemática do olhar clínico e da sua construção é aprofundada por Foucault, particularmente em *O Nascimento da Clínica*, onde, nas palavras de Jay. O olhar clínico é justamente entendido como "uma arte que tenta ver o que no nosso olhar é impensável, e de experimentar novas formas de olhar ainda ocultas" (JAY, 1999). Esta abordagem de diferentes olhares sobre a saúde para promover leituras inéditas da realidade é certamente um aspecto marcante do projeto; nas palavras de I., estudante de medicina do 2º ano:

Eu vivi muito a desorientação de participar de uma atividade que tivesse premissas e objetivos tão diferentes daqueles que estamos acostumados, e acho que foi para mim uma grande oportunidade. Estando apenas no segundo ano, começar a pensar em termos diferentes, revirados e "brincar" com as competências e instrumentos que não se aprendem ou se adquirem assistindo às aulas é uma vantagem. Eu acredito que a estratégia de envolver as pessoas "jovens" do ponto de vista acadêmico seja uma ótima maneira de permitir-lhes viver os seis anos canônicos com um olhar crítico e um olhar diferente. Até porque, banalmente falando, um estudante do segundo ano nunca entrou em um hospital e nunca teve um papel ativo no serviço de saúde [...] e eu acho que começar a pensar sobre o território e só depois entrar no hospital seja um caminho não só alternativo, mas também extremamente eficaz para o processo de conscientização e sensibilização do médico e do profissional de saúde em geral. Imagino uma situação

em que muitos estudantes (e esperemos que em número crescente) não se contentem mais com o conteúdo que é mais ou menos "regurgitado" em sala de aula, que não queiram a "comida pronta" para decorar e repetir na prova, mas sintam a necessidade de dar uma reviravolta na natureza da própria formação, descobrir e conhecer aspectos que ninguém fala ou se importa.

Como vimos nos capítulos anteriores, o olhar com o qual é pensada a formação em saúde ainda é essencialmente hospitalocêntrico, hiperespecializado e tecnicista, típico da biomedicina. Esta visão do trabalho clínico não tem a ver apenas com o estudante ou o médico recém-formado, mas com todos os profissionais de saúde que acabam por interpretar o próprio papel como o de um técnico da doença, cujo trabalho tende a ser frustrado em ambientes com menor densidade tecnológica como os da atenção primária. Parar e refletir sobre a medicina e a clínica entendidas como fenômenos culturais e historicamente determinados contribui para uma maior consciência da parcialidade de cada olhar sobre a saúde e a necessidade de avançar em direção a paradigmas mais inclusivos. Neste contexto, aproximar estudantes jovens e motivados aos profissionais de saúde que vivem cotidianamente os desafios e dificuldades resultantes da abertura das Casas da Saúde, configura múltiplos significados pedagógicos que procedem em ambas as direções:

- 1) **Dos estudantes aos profissionais de saúde:** através de um olhar menos predeterminado e influenciado pela assimilação natural de certas práticas de trabalho. Esta proposição é destacada muito claramente por George e cols. no artigo *Developing Physicians as Catalysts for change*, onde ao evidenciar as limitações da formação dos profissionais e do sistema de saúde americano, caracterizado por uma estrutura hierárquica e por uma escassa colaboração interprofissional, ressaltam a necessidade de repensar o papel e a participação de estudantes, residentes e pacientes para fazer uma mudança positiva na organização do sistema de saúde do qual fazem parte (GEORGE, 2013). Para fazer valer esta realidade, é necessário repensar os modelos de ensino em que os estudantes são formados, proporcionando-lhes a oportunidade de aprender, não apenas as habilidades clínicas, mas também os complexos e amplos conhecimentos solicitados hoje aos profissionais de saúde para trabalhar em contextos complexos e interdependentes. Este aspecto da formação pode ser encontrado em várias falas dos profissionais das Casas da Saúde de Bagnacavallo em sua avaliação das atividades do UNiverSSI:

De estímulo e reflexão para os profissionais que trabalham nas Casas da Saúde.

Aprendizado situado, mas também ponto de vista contaminado por diferentes saberes - intercâmbio bilateral com a universidade.

Muito positivo em relação ao objetivo de desenvolver nas novas gerações de profissionais a cultura da integração.

Facilitador da ligação entre as universidades e as organizações – que se torna uma oportunidade para implementar modelos de atenção cientificamente válidos e comparáveis.

- 2) **Dos profissionais de saúde para os estudantes:** graças ao confronto fundamental entre a componente teórica estudada nos momentos de autoformação e o campo propriamente dito. Como observado anteriormente, um dos objetivos pedagógicos fundamentais do UNiverSSI foi o de aprender a problematizar o ambiente de trabalho clínico e seu contexto, os princípios que fundamentam as diferentes abordagens de assistência e equilibrar a própria sensibilidade para a Saúde Pública, como acontece para as outras disciplinas. Neste sentido, o confronto com a realidade é essencial para preencher a lacuna que é naturalmente criada quando a abordagem está limitada à sua componente teórica. Nas palavras de F., médico do CSI:

Eu acho que foi muito mais contundente falar da organização da Casa da Saúde versus Hospital a partir da ideia das doenças crônicas e, em seguida, fazendo o trabalho sobre o território, porque eu percebi uma espécie de reflexividade incrível dos estudantes durante a preparação que é muito mais substancial do que aquela feita durante a eletiva em que falamos de uma forma teórica de modelos, de desigualdades, de determinantes e de outras coisas. Quando se chega ao ponto de discutir: "mas porque se é assim, nós fazemos a universidade de outro modo", te dá a sensação que tem a intuição do desperdício entre o que é trabalho no território e o que foi aprendido.

A percepção do desperdício entre a teoria aprendida em sala de aula e a realidade observada dentro dos serviços, bem como a possibilidade de o aluno assumir um papel ativo na definição do seu próprio processo educativo, além de representar uma grande oportunidade para a formação, permite aos indivíduos subjetivarem suas experiências retirando-lhes aquela dimensão de inevitabilidade que é uma fonte de grande frustração tanto dentro dos ambientes educacionais quanto de trabalho (SHANAFELT, 2003). É possível observar como se faz para recriar aquela "via de mão dupla" – da universidade para a comunidade e da comunidade para a universidade – que, como vimos, representa a própria a essência da extensão universitária. Uma via de mão dupla que permite preencher de novos significados as lacunas formadas na distância entre as necessidades reais dos contextos locais e as evidências emergentes da cena científica internacional.

## O PROTAGONISMO DOS ESTUDANTES

O fato de os estudantes aprenderem, pesquisarem e construírem com modalidades novas o projeto de formação do UNiverSSI representou uma oportunidade para desnaturalizar e rever sua própria formação universitária. Na universidade italiana ainda hoje é possível encontrar aquela "concepção bancária" do conhecimento, que vê no aluno "um vaso a ser preenchido" em vez de uma chama a ser alimentada, o que se traduz em termos mais prosaicos na proposta quase exclusiva de aulas tradicionais como método formativo, e da prova oral como instrumento de avaliação desse conhecimento.

Existem hoje inúmeras evidências que mostram como a aprendizagem ativa se correlaciona com melhores resultados, especialmente no caso da educação de adultos (FREEMAN, 2014). Não só o uso de metodologias ativas de ensino, mas também a proatividade do estudante dentro de sua formação na identificação, de maneira independente, de possíveis oportunidades de aprendizado e os limites das formas de aprendizado atuais, está se tornando cada vez mais um aspecto fundamental para o qual endereçar as práticas educacionais (SHOKAR, 2002). Este último aspecto, conhecido na literatura de língua inglesa com o termo de *self directed learning*, é exatamente aquilo que chamamos a atenção quando falamos de protagonismo dos estudantes; esta modalidade de aprendizagem visa problematizar o modo vertical em que a formação é tradicionalmente entendida, e assume que o processo, os objetivos e a avaliação da aprendizagem devem ser reconduzidos para as pessoas envolvidas no processo educacional, ao invés de entidades externas (CANDY, 1991). Esta dimensão de *empowerment* do educando é particularmente importante para disciplinas como a medicina, na qual o rápido progresso do conhecimento tende a tornar obsoleta a informação aprendida em média depois de apenas 7 anos (ABERSMAN, 2012), e na qual cerca da metade do conhecimento médico no momento válido dentro de 10 anos terá de ser atualizado (ARMAND, 1996).

Como apontado por Brookfield (1993) no artigo *Self-Directed Learning, Political Clarity and the Critical Practice of Adult Education*, a aprendizagem autodirigida envolve pelo menos duas dimensões fundamentais para que ela possa ser entendida como uma prática real da educação emancipatória, e não a mera reprodução autogerida e improvisada de formas tradicionais de educação. A primeira dimensão tem a ver com o controle; a aprendizagem, para ser realmente autodirigida, deve tornar-se consciente das muitas limitações impostas para isso, tanto no

contexto educacional em que é praticada, quanto, mais em geral, no contexto social em que está inserida. A perda de controle vivida pelo estudante dentro do seu próprio percurso formativo é relatada em numerosas intervenções dos participantes do UNiverSSI e, no entanto, ao invés de tomar a forma de um distanciamento da formação acadêmica tradicional, se configura como um apelo, um "desafio" que os participantes lançam à instituição a qual pertencem:

O projeto UNiverSSI representa, antes de mais nada, um desafio que os estudantes lançam ao sistema acadêmico para afirmar que a educação é algo que deve ser pensado não PARA os estudantes, mas COM os estudantes e que o estudante deve ter um papel central e protagonista dentro de sua própria formação, que não deve ser heterodirigida, mas autodirigida e construída de forma colaborativa entre pesquisadores, estudantes e professores. (A., médico do CSI).

Na Itália, os cursos de graduação da área da saúde, ao contrário do que aconteceu em outras áreas científico-disciplinares, não oferecem a possibilidade ao aluno de escolher qualquer exame de formação, com exceção de disciplinas eletivas a serem realizadas, em todo caso, dentro da mesma área disciplinar; as disciplinas eletivas da área da saúde, no entanto, muitas vezes, fornecem conceitos hiperespecializados para os estudantes da graduação que desejam adquirir as primeiras noções dentro das áreas especializadas nas quais efetuar o sucessivo caminho da especialização. A possibilidade fornecida aos estudantes de adquirir um espaço de autonomia dentro do seu próprio percurso de formação, interagindo com conhecimentos e pessoas de outros setores disciplinares, permitiu aos estudantes aumentar a capacidade de análise crítica da sua formação e das práticas com as quais esta é normalmente realizada.

A aquisição de habilidades de pensamento crítico representa de acordo com Candy um dos objetivos fundamentais da aprendizagem autodirigida e um instrumento através do qual se pode avaliar a importância desta forma de aprendizagem (1991). Isso é bem exemplificado pelas palavras de F., estudante do 6º ano de medicina e membro do UNiverSSI:

Mas a coisa mais importante que me deu o UNiverSSI foi justamente o fato de ser capaz de ter um olhar crítico e uma voz crítica em relação ao que estudo e o que eu faço: em um percurso de formação no qual nós, estudantes somos acostumados a absorver todo o conhecimento como se fossem óbvios e incontestáveis, como se não houvesse nenhuma possibilidade de crítica, em uma experiência como a do UNiverSSI você se acostuma a questionar o que você estuda e o que você vê, você percebe que pode colocar em discussão e perceber que você como estudante tem o direito de dizer: "Eu fiz um determinado percurso formativo, tenho pela frente um determinado futuro para mim... As coisas que têm de mudar são estas!" E perceber que você tem uma influência sobre o que você fez, sobre o que é a tua experiência e qual será o teu futuro e que a tua voz deve ser ouvida e tem a autoridade apropriada para ser ouvida. (F., estudante de Medicina e Cirurgia)

Em um percurso acadêmico que vê frequentemente a perda de visão e valores com os quais os

estudantes entram nas faculdades da área da saúde, a possibilidade de realizar experiências formativas nas quais poder inserir referências ao próprio universo simbólico e de valores, é uma oportunidade para proteger esses mesmos aspectos, e em última análise, a si mesmo.

O fato que sejam estudantes é a força do UNiverSSI porque permite ao grupo e ao próprio percurso de ser modificado e pilotado de acordo com as necessidades dos próprios estudantes, os princípios, os valores do ser médico, de ser profissional da saúde e de ser uma pessoa que trabalha pela saúde de forma mais ampla. (I., estudante de Medicina e Cirurgia).

Como evidenciado por Boud (1981), de fato, uma das características da aprendizagem autodirigida é ir além dos aspectos puramente instrutivos e de responsabilizar os estudantes também sobre os aspectos éticos e de valores no sentido de direcionar sua própria aprendizagem. A aquisição de habilidades de pensamento crítico (técnico + político) representa, portanto, ao mesmo tempo um meio e um fim para pensar em formas de aprendizagem autodirigida nas quais os participantes se tornem mais conscientes das formas de controle exercidas na formação tanto dentro das instituições de ensino quanto fora delas.

A segunda dimensão chave da aprendizagem autodirigida são os recursos, intimamente ligada por sua vez a do controle; essa relação é bem expressa pela seguinte frase de Brookfield (1993): *How much control can really be said to exist when the dreams we dream have no hope of being realised because we are struggling simply to survive?* Uma das principais dificuldades relatadas pelos participantes de UNiverSSI é justamente relativa à escassez de recursos e de reconhecimento pela Faculdade; não primariamente recursos econômicos, mas sim os recursos temporais relacionados com falta de reconhecimento formal da atividade de ensino, que acabava por somar-se aos já numerosos compromissos dos estudantes, especialmente durante o período de exames.

Acho que a maior dificuldade percebida durante este processo é o fato de que o UNiverSSI seja completamente extracurricular, que não tenha um reconhecimento e que seja completamente voluntário; isso acaba que quando acontece concomitantemente em períodos em que os compromissos acadêmicos obrigatórios estão mais intensos, o UNiverSSI passa sempre para um segundo plano, como, por exemplo, nestes dias de Laboratório onde, infelizmente, nossos companheiros do coletivo não estão presentes. (M., estudante do UNiverSSI)

Neste sentido, é interessante notar que a maior dificuldade percebida pelos participantes não se ligava tanto à sustentabilidade econômica do projeto, mesmo em tempos caracterizados por uma redução significativa dos recursos (como observado no primeiro capítulo), mas sim a possibilidade de ganhar reconhecimento dentro do próprio currículo para a atividade

desenvolvida. A natureza estática do currículo e, de uma forma geral, a dificuldade por parte da instituição acadêmica em considerar uma experiência vista como altamente formativa pelos estudantes, são talvez os principais obstáculos para uma plena realização da atividade. Este aspecto é exemplificado nas palavras de A., médico pesquisador do CSI:

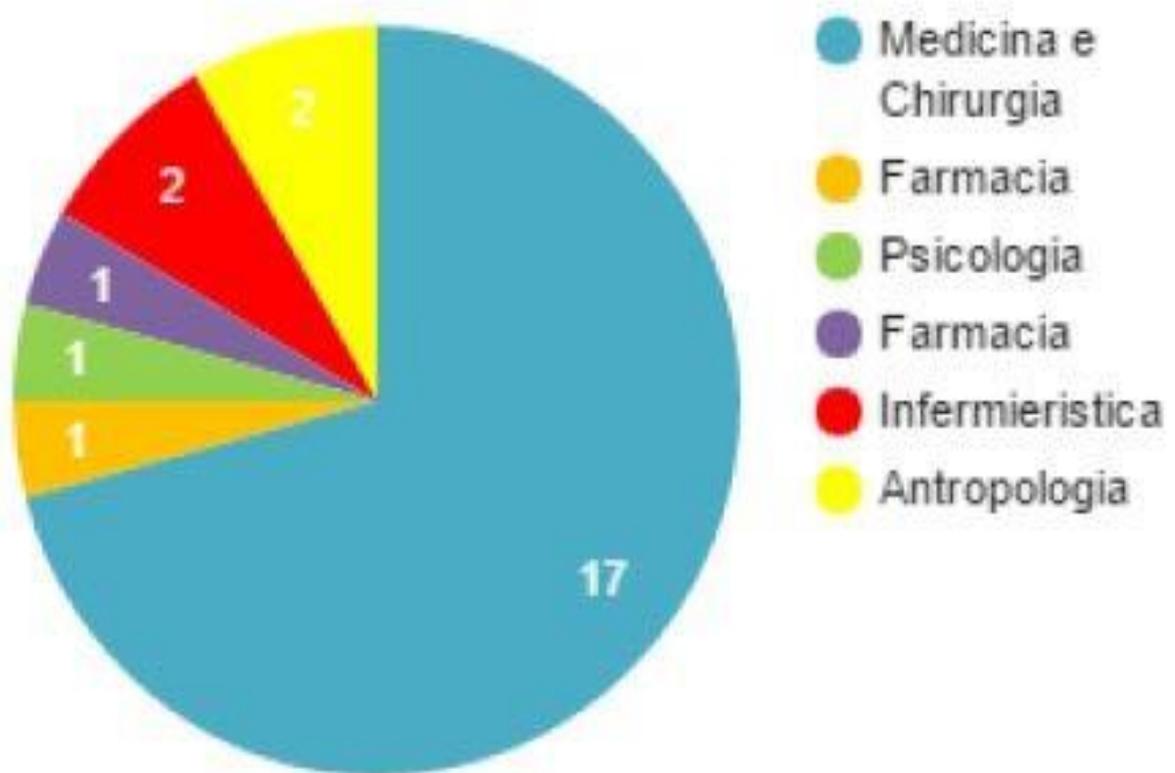
Eu acho que a fratura que se está gerando é esta: por um lado, há o instinto de autopreservação da instituição que deve necessariamente justificar sua existência para sobreviver e, portanto, faz propostas tendencialmente padronizadas tentando colocar junto a média do que ela é, mas não consegue porque se move com uma certa artificialidade entre todas as particularidades que possam existir. Eu tento me colocar no lugar da Universidade: como deveria fazer para te formar? Deveria começar a revolucionar o seu próprio currículo, deveria pegar alguns ensinamentos e tirá-los, deveria incluir cada responsável pela formação em clínica geral, ou os próprios médicos de clínica geral e incluí-los no corpo docente; deveria dar possibilidades de participação mais amplas, e não apenas consultivas, mas também de tomada de decisão para os alunos... Você percebe o que isso significaria para a sobrevivência da instituição como tal?

## **A INTERPROFISSIONALIDADE DO UNIVERSSI**

O tema da interprofissionalidade na formação dos profissionais de saúde já é há muito tempo relatado por um amplo corpo da literatura científica e, em 2010, também a Organização Mundial da Saúde publicou linhas-guia específicas a este respeito, salientando como a educação interprofissional reforça os sistemas de saúde e melhora os êxitos de saúde das pessoas (WHO, 2010). Especialmente em áreas como a Atenção Básica, onde a variabilidade e complexidade das situações a serem afrontadas é muito ampla, o trabalho em equipes multiprofissionais torna-se uma necessidade imprescindível quando se deseja afrontar os numerosos determinantes da saúde que intervêm na definição de um quadro, sem reduzir a gestão a uma mera abordagem biomédica (SOMMERS, 2000). Apesar das crescentes recomendações da comunidade internacional, na Itália, a formação de profissionais de saúde ainda é baseada em um modelo rigidamente uniprofissional e em uma estreita separação de conteúdos de formação, mesmo dentro de cursos de graduação pertencentes à mesma Escola.

No Brasil, um dos primeiros exemplos da educação interprofissional em saúde remonta à experiência do VER-SUS no Rio Grande do Sul em 2002, descrita no capítulo II (VER-SUS, 2004); exemplos de educação “multiprofissional e interdisciplinar”, “interprofissional e transdisciplinar” ou, então, “transprofissional” na área da saúde e têm tido um desenvolvimento

muito importante neste país, especialmente após a institucionalização da Saúde Coletiva, que sempre foi o ponto de encontro de diferentes conhecimentos e diferentes profissões na área da saúde (PAIM, 2014; ALMEIDA FILHO, 2000). A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade representam, além do mais, os eixos qualificantes do processo de extensão universitária; isso é compreensível à luz do fato de que quando se passa de um contexto controlado como o do hospital – onde a variabilidade dos contextos de vida é reduzida à dimensão biológica – ao contexto territorial e da vida cotidiana da pessoa, necessariamente aumenta a complexidade e tornam-se mais evidentes os limites intrínsecos às várias disciplinas. Hoje mais do que nunca, a migração, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e a redução da força de trabalho no setor da saúde, tornam necessário fazer uma profunda reformulação da maneira em que foi e ainda é realizado o trabalho na saúde (LUMAGUE, 2008). A partir destas considerações, durante a primeira reunião do grupo UNiverSSI surgiu o desejo de ampliar a participação de estudantes de quaisquer cursos e que desejassem compartilhar um programa de formação similar. A composição do grupo é esquematizada na Figura 2:



**Figura 2:** Composição dos estudantes de UNiverSSI.

Apesar das tentativas para abrir o máximo possível à participação de programas de graduação fora da área da saúde, é evidente uma clara predominância de estudantes dessa área. A presença de um estudante da antropologia e de pesquisadores e estudantes de doutorado com formação na área de ciências humanas, no entanto, têm desempenhado um papel importante na ampliação do debate e promoção de um olhar multifacetado sobre as questões relevantes. Um dos primeiros passos para a interprofissionalidade foi compartilhar linguagens e sensibilidades das várias disciplinas, a fim de criar um terreno de confronto entre os diferentes saberes; este aspecto é exemplificado nas palavras de Mi., estudante de Antropologia e membro do UNIVERSSI:

Poder trocar opiniões que adquiri durante o meu percurso com pessoas que estudavam medicina, para mim, foi fundamental para os meus interesses de pesquisa, para ser capaz de explorar o tema sobre o qual eu estou tentando trabalhar, ou seja, a antropologia médica. Em seguida, conseguir levar adiante vários percursos de formação que são interligados e podem dar algo extra à própria jornada individual e ser capaz de formar profissionais que no futuro serão acostumados a trabalhar em equipe é a grande força do UNIVERSSI. Na minha experiência foi uma maneira de tentar se autocompreender, construindo uma linguagem comum, portanto, metas e, em seguida, ser capaz de entender o que tinha no território e de lá descobrir como se pode melhorar o que já existe com uma formação diferente, ou seja, de equipe, formada por muitos saberes e percursos diferentes (antropólogos, psicólogos, médicos, enfermeiros). (Mi., estudante).

As evidências da literatura internacional mostram que os estudantes que participam de experiências de aprendizagem interprofissional tendem a trazer uma melhora significativa no seu conhecimento e uma maior consciência sobre o papel dos outros profissionais (HAMMICK, 2007; REEVES, 2008 e 2001). Os dados provenientes das entrevistas dos participantes do UNIVERSSI tendem a confirmar o que já foi relatado pela literatura, configurando a interprofissionalidade como uma das características principais da experiência formativa desenvolvida. O encontro com as disciplinas das ciências humanas permitiu que estudantes de cursos da área da saúde se tornassem mais conscientes da abordagem biorreducionista com a qual a saúde é geralmente entendida dentro de suas faculdades, e em paralelo permitiu-lhes obter um olhar mais complexo sobre as dinâmicas da saúde e doença:

Infelizmente, a nossa formação não nos dá as perspectivas e ângulos suficientes para entender exatamente como este conceito pode ser amplo e, portanto, o caráter interdisciplinar do grupo é um grande ponto a favor em relação ao UNIVERSSI, que nos permite analisar a saúde de múltiplos pontos de vista e de fazê-lo não só dentro dos muros da nossa universidade e do nosso hospital, mas também em lugares onde, de acordo com este ideal, a saúde é produzida ou onde a saúde está em falta. (Mi, UNIVERSSI).

O UNIVERSSI definitivamente acrescentou muita coisa na minha formação: a primeira lembrança que tenho é do trabalho em grupo, o que é totalmente estranho ao estudante

de medicina e em vez disso nesse percurso tomou espaço porque tínhamos que nos confrontar e trabalhar em conjunto. Depois me vem em mente uma outra coisa, ou seja, que o UNiverSSI confirmou que o que estudamos é extremamente complexo e, portanto, não pode ser reduzido dentro de uma sala de aula ou em uma enfermaria de hospital, então você precisa ir na comunidade, ir lá fora no território, ir ver onde a saúde é produzida e é perdida. (M. UNiverSSI)

A participação em experiências educacionais multiprofissionais não só se correlaciona com o conhecimento de novas informações e uma maior sensibilidade em relação ao trabalho feito por outras figuras profissionais, mas permite aos estudantes desenvolverem competências e habilidades que serão necessárias para o seu futuro trabalho em equipes multiprofissionais (WHO, 2006 e 1988). Foi também observado que a integração para fins educativos de vários profissionais deveria ser feita já a partir dos primeiros anos de formação para que se possa formar uma eficaz cultura de trabalho em equipe, e que quanto mais essas intervenções demoram a acontecer, menos é provável que seja eficaz (McKINLAY, 2014). Os benefícios advindos do aprendizado de trabalhar em equipe interdisciplinar, usando quadros conceituais e conhecimentos diferentes dos próprios, são relatados em numerosas falas dos participantes do UNiverSSI e são bem exemplificados pelas palavras de L., psicóloga e doutoranda em psicologia comunitária:

O UNiverSSI é, acima de tudo, uma oportunidade, uma oportunidade para os jovens estudantes universitários, para jovens profissionais ou outros doutorandos que queiram questionar-se e tentar ler aqueles que são fenômenos e serviços de saúde não só do ponto de vista da sua profissão ou da sua bagagem teórica (que de todo modo carregamos conosco), mas de ser capaz de lê-lo, também através de uma concreta colaboração entre diferentes profissões, culturas e formações. Este aspecto da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade é de todo modo algo de muito estimulante e interessante, e também muito útil, porque os serviços cada vez mais vão precisar dessas habilidades transversais e de profissionais capazes de se comunicar também com outras profissões. (L., psicóloga)

O trabalho em grupo não é um processo linear e fácil de gerir; uma grande dificuldade na construção do grupo multiprofissional deriva do fato de que praticamente todos os atores que deram vida à fase inicial do projeto vieram da Faculdade de Medicina e Cirurgia, e que em uma academia caracterizada por uma abordagem ainda uniprofissional à formação, as oportunidades de encontro com profissionais e estudantes de outras faculdades são extremamente raras.

Em várias falas emergiu a necessidade de prestar maior atenção à recepção dos recém-chegados e as dificuldades decorrentes em manter o grupo coeso, especialmente durante os períodos de maior comprometimento acadêmico como aqueles coincidentes com o período de provas. Na opinião de alguns participantes, a dispersão observada é fisiológica em atividades relacionadas a uma adesão totalmente voluntária e não reconhecida, enquanto outras falas tendem a imputar

a redução da participação à limitada capacidade do grupo em saber acolher os novos participantes e colocá-los a par dos conhecimentos até então adquiridos.

Uma coisa que tem faltado em parte é o pleno envolvimento de outros profissionais de saúde e certamente sobre isso se pode trabalhar. Eu acho que seria realmente importante que outras pessoas participassem a fim de trazer pontos de vista diferentes dos nossos habituais e evitar cair no autorreferenciamento. Faltou também um pouco do grupo, exceto aqueles que já conhecíamos. Lamento que, por um motivo ou por outro, se perderam algumas pessoas no caminho e eu gostaria que entendêssemos o porquê. Talvez se poderia fazer um questionário (que alguém já tinha proposto) a ser submetido aos dispersos e náufragos. (I., estudante de Medicina e Cirurgia).

# CONCLUSÕES



As Universidades ao redor do mundo hoje vivem uma profunda crise de identidade caracterizada pela perda de funções historicamente a elas atribuídas; os processos de globalização e a afirmação das lógicas neoliberais de mercado dentro do mundo acadêmico levaram a uma silenciosa e progressiva erosão das próprias funções para as quais foi fundada a universidade: formação do pensamento crítico, instrumento de afirmação da democracia e equidade entre as diferentes classes sociais, e lugar independente de produção do saber. A velocidade com que a revolução tecnológica mudou o modo de produção do conhecimento fez com que a instituição universitária tenha se encontrado muitas vezes despreparada para lidar com uma mudança desta magnitude; a crise econômico-financeira também contribuiu para corroer ainda mais a possibilidade de uma forte renovação interna. Um discurso semelhante também pode ser feito no campo da saúde. Em frente às importantes mudanças epidemiológicas e demográficas que ocorreram a partir da década de 1950 em grande parte do mundo, as instituições de saúde e seus profissionais não foram muitas vezes capazes de responder às mudanças na globalização, na sociedade da informação e do conhecimento e no universo das tecnologias com uma mudança paralela nas atitudes.

Diante da perda de estratégias de longo prazo que pudessem funcionar como um contrapeso aos concomitantes transtornos acontecidos no nível social prevaleceu uma estratégia de curto prazo e emergencial, direcionada ao longo do tempo a encontrar soluções imediatas que pudessem parcialmente obscurecer as contradições óbvias que vinham se manifestando dentro dessas instituições. Além disso, como já demonstrado por Baumann (2014), é precisamente a velocidade do mundo globalizado a tornar extraterritorial o poder real e a retirá-lo das mãos dos Estados nacionais. No entanto, é na frente da perda do poder do Estado e das instituições que os indivíduos se encontram em posição de exercer uma nova influência, e, com ela, uma nova responsabilidade.

Dentro de universidades de todo o mundo surgiram nas décadas recentes movimentos de estudantes, pesquisadores e professores que lutaram contra a progressiva mercantilização do conhecimento e das instituições, em favor de modelos democráticos e solidários de construção de recursos comuns. A cooperação entre Brasil e Itália dentro do campo da extensão universitária é um exemplo disso e mostra como a disseminação global destes princípios é possível e necessária. O laboratório Ítalo-Brasileiro de Pesquisa, Formação e Prática em Saúde Coletiva tem se inserido dentro desta relação histórica entre os dois países, na esperança de

poder reiniciar um diálogo culturalmente vivaz, mas bastante redimensionado pelas lógicas que se afirmaram a partir do final dos anos 1970 em diante. Foi neste quadro que tomou vida o projeto UNIVERSSI, inspirando-se na experiência brasileira do VER-SUS. Estes projetos, como tantos outros que nascem com características divergentes do ensino "tradicional", surgiram às margens da universidade e do seu currículo graças à demanda de poder imaginar uma formação em saúde diferente, que pudesse ser construída de forma colaborativa entre estudantes, pesquisadores e professores de diferentes disciplinas. Uma formação que pudesse ir ao encontro dos lugares da vida das pessoas e as suas necessidades, sem permanecer unicamente confinado nos espaços dos hospitais universitários.

Vimos como esses requisitos – *community based education*, aprendizagem interdisciplinar e autodirigida, contato inter ou multiprofissional, práticas colaborativas e trabalho em equipe – sejam hoje propostos em quase todos os documentos relativos à formação dos profissionais de saúde para orientar as reformas educacionais do novo milênio. Todas essas estratégias respondem a necessidade de ter que repensar profundamente as lógicas que acompanharam até agora o trabalho dos profissionais de saúde, passando de um modelo biomédico e fortemente orientado para a doença, em favor de modelos mais flexíveis, que sejam capazes de olhar para o indivíduo numa ótica integrada, através da contribuição de diferentes profissões. Surge aqui, no entanto, uma reflexão importante: a chamada para o uso desses instrumentos hoje em dia é feita a partir de lados completamente diferentes e em alguns aspectos, opostos. É possível, de fato, encontrar referências à interdisciplinaridade e ao trabalho em equipe multiprofissional tanto em programas pedagógicos progressistas e orientados politicamente à forte democracia social, quanto em documentos da OCDE ou das exigências do mundo competitivo e industrial dentro da universidade.

Hoje estamos testemunhando, portanto, uma frequente sobreposição de linguagens e ferramentas em diversas instâncias; neste claro risco de desentendimentos, acredito que uma simples pergunta possa servir como uma guia para grande parte das ações e parcerias realizadas por aqueles que acreditam em uma universidade socialmente comprometida com a criação de um mundo mais justo e inclusivo. Esta questão – que nos acompanha até o final desta dissertação é: para qual fim? Para qual fim estimular o trabalho em equipe interdisciplinar, a aprendizagem multiprofissional e a prática interprofissional? Para realizar uma verdadeira integração entre saberes e profissões na perspectiva de uma assistência integrada e complexa, ou para facilitar mecanismos de "flexibilidade" que tornem intercambiável o trabalho entre

diferentes profissionais. Para qual fim estimular a educação baseada na comunidade, se você não for capaz de simultaneamente produzir reflexões que levem os alunos a compreender as razões profundas pelas quais alguns grupos populacionais são cada vez mais marginalizadas dentro dos atuais modelos de desenvolvimento?

Os instrumentos metodológicos são exatamente apenas instrumentos e novamente a história da extensão universitária nos mostra claramente o quanto variável pode ser a sua aplicação. Levar os alunos a questionarem-se sobre os instrumentos formativos a utilizar, tentando envolvê-los na primeira pessoa na criação de programas de formação que sejam de acordo com as suas expectativas, tem representado uma experiência nova e estimulante dentro do nosso panorama formativo.

Incentivar este tipo de exercício pelos professores pode ser uma oportunidade de democratizar o ensino superior, trazendo os estudantes a refletir criticamente sobre a própria formação, através da participação direta numa renovação acadêmica extremamente necessária. Proporcionar as condições para que os alunos se envolvam na defesa e melhoria do seu sistema de ensino e os profundos princípios em que este se baseia, significa formar cidadãos e futuros profissionais que se dedicam à melhoria dos sistemas em que vão operar. Só assegurando uma participação efetiva e democrática de todos os atores envolvidos no processo de renovação, será possível tornar efetivas as mudanças cada vez mais exaltadas no papel e ignoradas na prática. Isto, no entanto, não é suficiente. A plena e efetiva participação na vida democrática não pode ser possível sem uma leitura crítica das dinâmicas que hoje estão mudando a cara da nossa sociedade. Sem uma avaliação crítica destas dinâmicas, as reformas educacionais correm o risco de se tornarem um instrumento nas mãos das forças hostis à ideia da universidade como um bem público.

É cada vez mais necessário fazer o que Edgar Morin (2007) chamou de "historicização do conhecimento" para evitar acabar preso no paradoxo de afirmar um princípio que, na verdade, se pretendia negar. Só então será possível redefinir a "contradição histórica" que caracteriza o desenvolvimento do pensamento moderno e sua separação entre pensamento científico e pensamento humanista, prosseguindo em direção à geração de novos conhecimentos numa perspectiva de *complexidade*. É através dessa tomada de consciência, essa *conscientização*, que será possível avançar na direção desejada já há muitos anos por Gramsci, para ir em direção à formação de profissionais que não sejam meros reprodutores de técnicas de criação, mas uma

expressão de novas possibilidades de mundo. A mudança das lógicas de desigualdade e segregação que governam o desenvolvimento de hoje deverá ser, portanto, o fim para o qual direcionar qualquer atividade de formação que pretenda definir-se transformadora.

Nesta pequena dissertação, sobrevoamos estes enormes aspectos com os quais se confronta hoje a formação dos profissionais de saúde e não apenas. São certamente questões de longo alcance, impossíveis de serem exauridas no espaço de uma escrita; através da experiência do UNiverSSI, tivemos a intenção de fornecer um testemunho de como se tornou possível uma mudança de perspectiva dentro de um pequeno grupo de estudantes, pesquisadores e professores, pondo em comunicação realidades e contextos que pareciam distantes uns dos outros como os de Itália e Brasil. É precisamente no âmbito deste diálogo entre os diferentes países e entre os diferentes tipos de saberes que tivemos a possibilidade de redescobrir elementos e pontos comuns em nossa história sobre os quais queremos hoje continuar a trabalhar, convencidos de que através de experiências como esta seja possível pensar em uma globalização que saiba unir, em vez de dividir, dentro de causas comuns. A esperança é que este trabalho possa agregar novas experiências e incentivar novos encontros dentro deste percurso.

## REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *RAP Rio de Janeiro* 34(6):11-34, Nov./Dez. 2000
- Almeida, M., Feuerwerker, L., Llanos, M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. 2v
- Alonso-Coello P, Villa JJ, Hajar AM, et al. Attitudes and perceptions of medical students about family medicine in Spain: protocol for a cross-sectional survey. *BMJ* 2011.
- Antoniotti E. 1861-2011. Com'è cambiata la salute degli italiani. *Quotidianosanità.it*. 2011.
- Arbesman S. *The Half life of facts: why everything we know has an expiration date*. Penguin Group. New York. 2012.
- Armand J.P., Costa A. Continuing medical education in oncology in Europe. *European Journal of Cancer* Volume 32, Issue 8, July 1996, Pages 1296–1299.
- Armstrong D., “Clinical Autonomy, Individual and Collective: The Problem of Changing Doctors’ Behaviour,” *Social Science and Medicine* 55, no. 10 (2002): 1771– 1777.
- Aronson, J. A pragmatic view of thematic analysis. *The Qualitative Report*, 2(1). 1994.
- Asensi F.D. Direito à saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. In Pinheiro R. *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. UERJ. Rio de Janeiro 2011.
- Assessorato Politiche per la Salute. Report 2014. *Le Case della Salute funzionanti in Emilia Romagna: a che punto siamo. L’attuazione delle Case della Salute: il monitoraggio regionale, i programmi integrati di intervento*. 2014
- Aulizio, G. L’ospedale di comunità. In E. Guzzanti, *L’assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra* (p. 543-561). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie. 2009.

Baumann. Z. La solitudine del cittadino globale. Editore Feltrinelli. 2014.

Becchi M., Aggazzotti G. (2008 ) - Progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie" nel CLM in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia - MEDICINA E CHIRURGIA - n. volume 42 - pp. da 1785 a 1789 ISSN: 2279-7068.

Bellentani, M. Il Distretto nella programmazione sanitaria nazionale. Monitor, pp. 8399; supplemento n.8. 2011.

Boaventura de Sousa Santos. A Universidade no Século XXI: Para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. Brasília. 2004.

Boaventura de Sousa Santos. A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. São Paulo: Cortez, 2004.

Bobbio N. L'età dei diritti. Einaudi editore. 1990.

Boud, F. Developing student autonomy in learning. London: Kogan. 1981.

Boyatzis, R. E. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA: Sage. 1998.

Brainard A.H., Brislen H.C. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. Acad Med. 2007 Nov;82(11):1010-4.

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

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887. 2006.

Brookfield S. Self-Directed Learning, Political Clarity and the Critical Practice of Adult Education. Adult Education Quarterly, Volume 43, No. 4, 1993.

Cabana M. et al., "Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?" Journal of the American Medical Association 282, no. 15 (1999): 1458–1465.

Candy PC. Self-direction for lifelong learning: a comprehensive guide to theory and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

Candy, P.C. Self-direction for lifelong learning: A comprehensive guide to theory and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

Cardano M. Etnografia e riflessività Le pratiche riflessive costrette nei binari del discorso scientifico. Il Mulino, 2001.

Ceccim R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunic, saúde, educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

Ceccim R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunic, saúde, educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

Ceccim R.B., Feuerwerker: O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: rev. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

Ceccim, R. B.; Bilibio, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

Chatterjee P. Trouble at the Medical Council of India. Lancet. 2010; 375: 1679.

Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva. Revista Brasileira de Educação. Set./Out./Nov./Dez. 2003; n. 24.

Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva. Revista brasileira de Educação. 2003; n. 24.

Chauí M. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Unesp. 2001.

Chen C, Chen F. Teaching Health Centers: A New Paradigm in Graduate Medical Education. Acad Med. Dec;87(12):1752-6. 2012.

Chen L, Bell D, Bates L. World health and institutional change. In: Pocantico Retreat. Enhancing the performance of international health institutions. Cambridge, MA: The Rockefeller Foundation, Social Science Research Council, Harvard School of Public Health, 1996: 9–21.

Constituição Federal 1988. Art. 207.

Coomarasamy A., Khalid S.K. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*. 2004 Oct 30;329(7473):1017.

Coulehan J., Williams P.C. Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. *Acad. Med.* 2001; 76:598-605.

Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century. New York: Oxford University Press, 2010.

Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century. New York: Oxford University Press, 2010.

Denzin N. K. The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. Chicago. 1970; Aldine.

Dias H.S., Lima L.D. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saude Colet.* 2013 Jun;18(6):1613-24.

Dichiarazione di Alma-Ata sulla Primary Health Care. Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care. Alma-Ata. URSS. 6-12 settembre 1978.

Dichiarazione di Alma-Ata. Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care, Alma-Ata (USSR), 6–12 September 1978. Disponível em:

<<http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>>

Eco U. Il nome della rosa. Bompiani Editore. 1980

Ferreira R.C., Cássia R.R. Working in multiprofessional teams: the perspectives of family health residents. *Cien Saude Colet.* 2009 Oct;14 Suppl 1:1421-8.

- Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições de Educação Superior Públicas Brasileiras. Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus. 2012.
- Fragoso Filho, Carlos. *Universidade e Sociedade*. Campina Grande/PB: Edições Grafset, 1984.
- Freeman S., Eddy S.L. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014 Jun 10;111(23):8410-5.
- Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez e Moraes. 1979.
- Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Paz e Terra. 1967.
- Freire P. *Extensão ou comunicação?* Paz e terra. 8 ed. Rio de Janeiro 1983.
- Freire P. *La pedagogia degli oppressi*. Edizioni Gruppo Abele. Torino. 2011.
- Freire P. *Pedagogia da Autonomia - Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Brasil: Paz e Terra (Coleção. Leitura), 1997.
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Editora Paz e Terra. 2010.
- Frenk J et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet.*, 376:1923–1958.
- Frenk J, Gomez-Dantes O. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *Lancet*. 383. 94-97. 2014.
- Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New Engl J Med* 1993; 329: 321-325.
- Gadamer H.G. *Verità e metodo. Lineamenti di una ermeneutica filosofica*. Ed. Bompiani. 2001.
- George AE, Frush K, Michener JL. Developing Physicians as Catalysts for Change. *Acad Med*. 2013 Nov;88(11):1603-5.

George AE, Frush K, Michener JL. Developing Physicians as Catalysts for Change. *Acad Med.* 2013 Nov;88(11):1603-1605.

Gibbons M. (1994). *The New Production of Knowledge.* Londra: Sage. 1994.

Glaser B. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Aldine. Chicago 1964.

Glover S, Gott C, Loizillon A, Portes J, Price R, Spencer S, et al. *Migration: an economic and social analysis.* London: Home Office, 2001.

Gramsci, *Quaderni del carcere,* Einaudi, Torino 1975, vol. III, pp. 1550-1551.

Grol R., "Successes and Failures in the Implementation of Evidence-based Guidelines for Clinical Practice," *Medical Care* 39, no. 8, Supp. 2 (2001): II46–II54.

Hammick M et al. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Medical Teacher,* 2007, 29:735–751.

Harrys M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *British Medical Journal.* 341:c4945. 2010.

Hunt P. *Report on progress and obstacles to the health and human rights movement.* Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2007.

Hunter AB, Laursen SL and Seymour E. Becoming a scientist: The role of undergraduate research in students' cognitive, personal, and professional development. *Sci Ed.* 2007; 91: 36-74.

Imafuku R., Saiki T. How do students' perceptions of research and approaches to learning change in undergraduate research? *Int J Med Educ.* 2015 Apr 12; 6:47-55.

Jaeger, M. L.; Ceccim, R. B. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Jaspers K. *The Idea of the University.* Londra: Peter Owen. 1960.

Jay M. Scopic regime of modernity. Edizioni: Hal Foster. Bay Press, 1999.

Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus group. *BMJ* 1995; 311:299–302.

Langendyk V, Hegazi I. Imagining alternative professional identities: reconfiguring professional boundaries between nursing students and medical students. *Acad Med.* 2015 Jun; 90(6):732-7.

Latessa R, Beaty N, Colvin G, Landis S, Janes C. Family medicine community preceptors: different from other physician specialties? *Fam Med.* 2008; 13:96–101.

Laudisia F. Il diritto allo studio in Italia: gli ultimi dieci anni. Blog: ROARS. Return on Academic Research. 2013.

Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines *BMJ* 2013; 346:f3830.

Long T., Dann S. Moving from silos to teamwork: integration of interprofessional trainees into a medical home model. *J Interprof Care.* 2014 Sep;28(5):473-4.

Lucidi F, Alvernini F. Metodologia della ricerca qualitativa. Il Mulino Editore. Bologna. 2008.

Lumague M, Morgan A, Mak D, Hanna M, Kwong J, Cameron C, et al. Interprofessional education: the student perspective. *J Interprof Care.* 2008; 20:246–253

Lynch DC, Newton DA, Grayson MS, Whitley TW. Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. *Acad Med* 1998 Apr;73(4):4335.

Maccacaro G.: "L'Unità Sanitaria Locale come sistema". Per una medicina da Rinnovare, Feltrinelli, 1979 pag. 383.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med.* 2015 Jun 4;372(23):2177-81.

Macinko J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS; 2011.

Maldonado-Maldonado, A. 2004 Private higher education: Trends in research.

Maldonado-Maldonado. Private Higher Education: An International Bibliography. Center of International Higher Education and Program for Research On Private Higher Education Chestnut Hill, Massachusetts/Albany, New York.

Marmot Review Team, Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 London, Marmot Review, 2010.

Martino A, Guimarães C.F., Marta B.L., Ferla A.A, Nicoli M.A. A construção do Laboratório Ítalo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva como ferramenta de trabalho em saúde entre Itália e Brasil. In Press.

McCowan T. Expansion without equity: An analysis of current policy on access to higher education in Brazil. Higher Education May 2007, Volume 53, Issue 5, pp 579-598.

McKinlay E, Pullon S. Having interprofessional education during the undergraduate years is essential for building teamwork skills in general practice: yes. J Prim Health Care. 2014 Dec 1;6(4):331-3.

Melo Neto F.J. Extensão universitária: bases ontológicas. In Extensão Universitária - diálogos populares - Editora Universitária. 2002.

Mendes E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Mezirow, J. Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory. In J. Mezirow (Ed.), Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress, (pp. 3-33). 2000. San Francisco: Jossey-Bass.

Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

Morin E. Ciência com consciência. Barcelona: Anthropos. 1984.

Morin E. La conoscenza della conoscenza. Editore: Raffaello Cortina Editore. 2007.

Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. *BMJ* 2000; 321: 1541-1542.

Moscato R., Regini M., Rostan M. Torri d'avorio in frantumi? Dove vanno le università europee. Editore: Il Mulino. 2010.

Moscato R., Vaira M. L'università di fronte al cambiamento. Editore: Il Mulino. 2008.

Nogueira, M. Extensão Universitária no Brasil: uma Revisão Conceitual. Brasília: Editora UnB. 2001.

O'Connell M.T. Undergraduate medical education for the 21st century: leadership and teamwork. *Fam Med.* 2004 Jan;36 Suppl:S51-56.

OCSE. Universities under scrutiny. Parigi. 1987

O'Sullivan E. Bringing a perspective of transformative learning to globalized consumption. *International Journal of Consumer Studies*, 27 (4). 2003. 326–330.

Paim J.S., Almeida Filho N. Saúde coletiva. Teoria e prática. Rio de Janeiro. Medbook. 2014.

Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *BMJ* 2003; 327: 926–928.

Per una trattazione dettagliata sul Programma di Salute della Famiglia e l'organizzazione della Atenção Básica brasiliana si rimanda a: Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária á saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde. 2012.

Philipi J. Transformative learning in health care. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, Vol. 19, 2010, 39-54.

Pisacane A. Rethinking continuing medical education. *BMJ* 2008; 337:a973.

Prout S. 'I could never have learned this in a lecture!': transformative learning in rural health

education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2014 May;19(2):147-59. Epub 2013 Jun 27.

Reeves S et al. Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making. Vancouver, Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2008.

Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health and Social Care in the Community*, 2001, 8:269–276.

Rhoades, G., & Slaughter, S. (2004). Academic capitalism in the new economy: Challenges and choices. *American Academic*, 1(1), 37-59.

Rieselbach R. E.; Crouse B. Teaching Primary Care in Community Health Centers: Addressing the Workforce Crisis for the Underserved. *Ann Intern Med*. 2010; 152:118122.

Rocco V. Competenze infermieristiche. Promuovere ruolo infermiere in famiglia accanto a Mmg. *Quotidiano Sanità*. 2013.

Rowson M, Smith A, Hughes R, Johnson O, Maini A, Martin S, et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health*. 2012; 8:35 125.

Ryan, G. W., & Bernard, H. R.. Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 769802). Thousand Oaks. Sage. 2000.

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único á consciência universal. 6º edição. Editora Record. Rio de Janeiro. 2001.

Scheffer, M. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284p.

Scott P. Going beyond Bologna: Issues and Themes. In: Curay et al. *European Higher Education at the crossroads. Between the Bologna Process and national reforms*. Editore: Springer 2012.

- Scott-Samuel A, Bambra C. The impact of tatcherism in health and well being in Britain. *International Journal of Health Services*, Volume 44, Number 1, Pages 53–71, 2014.
- Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513–519.
- Shokar GS, Shokar MD. Self-directed Learning: Looking at Outcomes with Medical Students. *Family Medicine* 2002; 34 (3): 197-200.
- Silverman D. Come fare ricerca qualitativa. Pag. 324-328. Editore Carrocci. Roma. 2009.
- Sommers LS et al. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1825–1833.
- Sousa Santos B. Da ideia da universidade à universidade de ideias. In: *Pela Mão de Alice: o Social e o Político na Pós-modernidade*. Editrice: Afrontamento. Porto. 1994.
- Stefanini, Diritti umani e salute, in: *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, InForAzione per cambiare*, PISA, ETS, 2011, pp. 145 - 158.
- T. Neville Bonner. *Becoming a Physician. Medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750 - 1945*. The Jonhs Hopkins University Press. 1995.
- Tavares, Maria das Graças Medeiros. *Extensão universitária: novo paradigma de universidade?* Faculdade de Educação da UFRJ. Rio de Janeiro, 1996.
- Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em saúde para debate* 1996; (12):19-23.
- The World Health Report 2006 – Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Torres, C.A., Schugurensky, D. The political economy of higher education in the era of neoliberal globalization: Latin America in comparative perspective. *Higher Education*. 2002.
- Turco, L. *Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*. Roma: Audizione Camera dei Deputati. 2007.

Vattimo G. La fine della modernità. Editrice Garzanti. 1999.

VER-SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Viesenteiner J.L. O conceito de vivência (erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. *Kriterion: Revista de Filosofia*. vol.54 no.127 Belo Horizonte June 2013.

Vilaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

WHO. Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives. Geneva. 2014.

WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, World Health Organization. 2010.

WHO. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/ Public Health Agency of Canada; 2005.

WHO. The Family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Documento EUR/00/5019309/13, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenhagen, Gennaio 2000.

WHO. The World Health Report. Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008.

WHO. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines, 2013.

WONCA. La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia. Wonca Europe. 2011.

World Health Organization (1988). Learning Together to Work Together for Health. Report of

a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel: The Team Approach. Technical Report Series 769:1 – 72. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: World Health Organization; 2006.

### *Páginas Eletrônicas*

#### **AlmaLaurea:**

<https://www2.alma laurea.it/cgiphp/lau/sondaggi/framescheda.php?anno=2014&corstipo=L&ateneo=tutti&facolta=tutti&gruppo=4&pa=tutti&classe=10043&corso=tutti&postcorso=tutti&LANG=it&CONFIG=profilo>

<https://www2.alma laurea.it/cgiphp/lau/sondaggi/framescheda.php?anno=2014&corstipo=LS E&ateneo=tutti&facolta=tutti&gruppo=4&pa=tutti&classe=11046&corso=tutti&postcorso=tutti&LANG=it&CONFIG=profilo>

#### **Istat:**

[http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_LAUREATI](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_LAUREATI)

#### **AUSL:**

<http://www.ausl.fe.it/home-page/in-evidenza/casa-della-salute-terre-e-fiumi-di-copparo>

[http://www.ausl.ra.it/files/EDITORIA%20N\\_00538%20guida%20ai%20servizi%20Casa%20della%20Salute%20di%20Bagnacavallo.pdf](http://www.ausl.ra.it/files/EDITORIA%20N_00538%20guida%20ai%20servizi%20Casa%20della%20Salute%20di%20Bagnacavallo.pdf)