

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

**O ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA PREPARA ADEQUADAMENTE O
PROFISSIONAL DA SAÚDE?**

ELISABETE KASPER

PORTO ALEGRE, 2006.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

**O ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA PREPARA ADEQUADAMENTE O
PROFISSIONAL DA SAÚDE?**

ELISABETE KASPER

Tese apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Doutor em Ciências Pneumológicas com ênfase em Educação e Saúde.

Orientador: Prof.Dr. Fernando Antonio de Abreu e Silva

Co-orientador: Prof^a.Dr^a. Carmen Lucia Bezerra Machado

2006.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese a minha co-orientadora Prof^a.Dr^a. Carmen Lucia Bezerra Machado, pela dignidade com que me acolheu, pela grandiosidade de seu saber e pelo exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

**A Deus e a meus pais por minha vida.
Pela fé no ser humano, pois a mesma me faz acreditar que sempre é possível crescer e crescer.**

À minha mana Luzia, pela paciência, carinho, parceria e principalmente por seu amor.

Á amiga Mara Níbia pelo seu saber, pelo desprendimento e disponibilidade que sempre me dedicou.

Ao Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi e aos colegas do Projeto pelo carinho.

E a todos os sujeitos que colaboraram com seu depoimento neste estudo.

“A teoria materialista de que os homens são produto das circunstâncias e da educação e de que, portanto, homens modificados são produtos de circunstâncias diferentes e de educação modificada, esquece que as circunstâncias são modificadas precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado. Leva, pois, forçosamente, à divisão da sociedade em duas partes, uma das quais se sobrepõe à sociedade [..].

A coincidência da modificação das circunstâncias e da atividade humana só pode ser apreendida e racionalmente compreendida como prática transformadora.”

Karl Marx

RESUMO

Esta tese propõe investigar se o ensino da disciplina de Saúde Pública prepara adequadamente os profissionais da Saúde. Tem por objetivo identificar as metodologias utilizadas no ensino desta disciplina nos cursos da área da saúde e as concepções presentes na formação destes profissionais. Trata-se de uma investigação de caráter descritivo, quantitativo e qualitativo. Contou com a colaboração de 61 participantes — alunos dos cursos da área de saúde na graduação e/ou pós-graduação —, de Instituições de Ensino Superior Pública: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, e Privada: Centro Universitário Metodista IPA, em Porto Alegre. Os dados foram coletados através de questionários e entrevistas. Foi utilizado como método de análise, a verificação do conteúdo que foi validado pela técnica de triangulação própria para estudos qualitativos. O estudo concluiu que a maioria dos docentes desta disciplina utiliza em suas aulas o modelo pedagógico tradicional, e que não há integração entre teoria e prática. É possível afirmar que um número muito pequeno desses alunos sabe, conhece e percebe o verdadeiro significado de saúde pública. A pesquisa revela a necessidade de oferecer uma formação pedagógica a partir de metodologias que propiciem um “reencantamento” aos docentes e aos alunos, acerca de seus saberes e práticas, objetivando a construção de um novo fazer.

A B S T R A C T

This work aims to investigate if the way the subject Public Health is taught at university adequately prepares Health professionals. It seeks to identify the methodologies used in teaching this subject in the courses in the field of Health Sciences and the assumptions which are present in the formation of these professionals. It is a descriptive, quantitative and qualitative investigation, which had the collaboration of 61 participants, all of them students in the undergraduate and graduate Health Sciences courses of a public institution of higher education – Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) – and a private one – the University Methodist Center IPA, both of them in Porto Alegre. The data was collected through questionnaires and interviews. A triangulation method, adequate to be used in qualitative studies, was used to validate the content analysis of this study. It concludes that most part of the professors in this subject uses the traditional pedagogical method and that there is no integration between theory and practice. It is possible to affirm that a minimal number of students knows or perceives the real meaning of Public Health. This research reveals the need to investigate a way to offer pedagogical formation through the use of methodologies that grant professors and students, through their knowledge and practice, to be re-enchanted with the practice itself. These methodologies should aim at building a new kind of practice.

LISTA DE SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

AMEE – Associação Européia de Escolas Médicas

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro de Estudos Brasileiros em Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IPA – Centro Universitário Metodista

IRA – Infecção Respiratória Aguda

OMS – Organização Mundial da Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNIDA – Rede Unida

SS – Sem sentido

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	11
1 APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA : um problema com múltiplas entradas.....	21
3.1 A concepção da proposta pedagógica.....	22
3.1.1 Modelo Tradicional / Dominante.....	22
3.1.2 Modelo Ativo / Alternativo.....	24
3.1.3 Limites e possibilidades dos dois modelos.....	26
3.2 A concepção de Saúde Pública.....	34
3.2.1 O peso de um processo	34
3.2.2 Do movimento da Reforma Sanitária à gestação e concepção do SUS dos dias atuais.....	40
3.2.3 A visão normativa e política	45
3.3.3 A visão ética: o direito de ter direitos	48
4 ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA: Singularidade de um saber.....	49
4.1 Moldura teórica : modelos pedagógicos.....	49
5 MOLDURA OPERACIONAL: O METODO.....	53
5.1 Participantes	55
5.2 Instrumento de coleta de dados.....	56
5.3 Método de análise	59
5.4 Validação	60
6 ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA – uma área de conhecimento com Múltiplos olhares: Resultados.....	61
6.1 Do ponto de vista quantitativo	61
6.2 Do ponto de vista qualitativo	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXO - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101

APÊNDICES	103
APÊNDICE A – Modelo de Questionário	104
APÊNDICE B – Roteiro das Entrevistas	106
APÊNDICE C - Gráficos Demonstrativos dos Dados da Pesquisa	107

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública na formação de seus profissionais surge de reflexões que me acompanham desde o início de minhas atividades, enquanto profissional desta área.

De um modo geral, quando refletimos sobre a nossa trajetória profissional, a primeira lembrança que temos está relacionada à nossa formação acadêmica, aos cursos realizados e a nossa atividade profissional. Mas fica de fora como algo sem importância a nossa presença no mundo. Freire (1997) nos alerta: “é como se a atividade profissional de homens e de mulheres não tivesse nada a ver com a sua história de vida”.

Nesta direção, como profissional da saúde, iniciei minhas atividades clinicando em sindicatos, em empresas prestadoras de serviços e, posteriormente, no serviço público. Surgem então as primeiras inseguranças com relação a minha formação.

Fui formada para clinicar em consultório particular, fazendo uso de toda tecnologia de ponta, com pacientes agendados de acordo com as normas estabelecidas pelos órgãos de classe. No entanto, a realidade foi outra. Encontrei equipamentos ultrapassados, demanda reprimida de pacientes que não tinham qualquer noção de conservação e cuidado. Eram desafios a serem enfrentados, e muitas aprendizagens a serem feitas.

Tempos depois passei da clínica à gestão em saúde, e as dúvidas tornaram-se motivo de desassossego, pois aqui eu tinha que tomar decisões não para um paciente e sim para o coletivo.

Mas, como nos diz Freire (2000), os sonhos têm contra-sonhos. O forte processo de medicalização da saúde, internalizado não só pelos diferentes profissionais da área, como também pela sociedade, estava atrelado a inexistência de uma definição clara do que seria necessário e condizente para viabilizar a realidade com a qual me deparava.

Durante minha preparação para o Doutorado, intensifiquei minhas reflexões e encontrei em um estudo de Cunha (1992) as características que os alunos esperam de um bom professor. Eles argumentam que;

O professor deve ser: amigo, que deve ser gente como a gente, que deve ser compreensivo, que deve preocupar-se conosco, que esteja disponível mesmo fora da sala de aula, que seja justo, que dê uma boa aula.

É possível perceber que estas questões estão diretamente relacionadas à afetividade. Percebe-se também que o aluno valoriza o professor que é exigente e que acredita na potencialidade do aluno. Este mesmo estudo relata também que muitos alunos têm prazer em apreender, e isto é traduzido quando respondem que o professor deve ter senso de humor, ou seja, a aula deve ser agradável, interessante e que o professor deve ter prazer, ter gosto em ensinar. Com o que concordam também Freire (1997) e Venturelli (2003).

Meus questionamentos continuaram de uma forma muito viva com relação aos conteúdos da disciplina de Saúde Pública, uma vez que estes são obrigatórios nos currículos dos cursos de saúde e, na maioria das vezes, os alunos já chegam para as aulas com um pré-conceito e desinteressados. Posteriormente no exercício de suas atividades profissionais se conscientizam da importância dos mesmos.

Será que o interesse e/ou desinteresse por estes conteúdos aconteceu em sala de aula? E se foi, estariam atrelados aos modelos pedagógicos? Isto é, a

forma como estes foram trabalhados? Muitas vezes ouvi, “isto vale na teoria, a prática é diametralmente oposta”.

A pergunta que surge deste tema é se os modelos pedagógicos do ensino da disciplina de Saúde Pública promovem o interesse e/ou desinteresse nos profissionais de saúde para as questões relacionadas à mesma.

Para tanto, é relevante ter em conta como a Saúde Pública foi se inserindo — se é que foi —, nos currículos da graduação em saúde e como, ao longo da história, foi se definindo e redefinindo.

Necessário se faz também, questionar:

- será que a legitimação do Sistema Único de Saúde incidiu ou incide na formação dos profissionais?
- os modelos pedagógicos adotados nos cursos da saúde estão em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS?
- geram conhecimentos novos?
- promovem a formação de um profissional com condições de desenvolver a capacidade de análise e de avaliação crítica? (VENTURELLI, 2003).

Não podemos esquecer que a legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) repercute no ensino em saúde pública. No entanto o modelo pedagógico vigente que prioriza a prática tecnicista enfatizando o conhecimento científico alienada das demais questões sociais, não contribuí. Acrescente-se a estes o pensamento neoliberal que marcou os governos brasileiros da década de 90 o

qual obstaculizou a construção de um novo e necessário olhar sobre o papel da Educação na formação na área de saúde.

Ao inserir a temática do SUS na formação profissional é importante lembrar que as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação para a área de saúde são definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, e que esta, ao orientar as novas diretrizes curriculares, recomenda que devam ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo de saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Reitera, ainda, a mesma Comissão que seja dada ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, princípio da Integralidade. (Constituição Brasileira, 1988).

Os significados da Integralidade revelam uma noção de amálgama, situando-a não somente como um princípio do SUS, mas como um conjunto de novas atitudes frente às necessidades e demandas das pessoas e como eixo central para se pensar e conceber serviços de saúde. Neste sentido, atendimento integral compreende que o todo é mais do que a soma das partes. (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

A emergência do conceito de interdisciplinaridade, nos anos 70, vincula-se à aspiração de integração, em resposta a então crescente fragmentação da ciência buscando desta forma estabelecer relações entre teoria e prática, entre razão e emoção, entre pensar e fazer. (BATISTA, 2005)

Os fóruns nacionais e internacionais de educação na saúde enfatizam que o paradigma da Integralidade deve ser um dos objetos a ser alcançado nos programas de graduação destes profissionais. Esses eventos preconizam uma

formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. Isso significaria capacitar este profissional para enfrentar os problemas do processo saúde/doença de forma mais contextualizada.

Sugerem uma atuação interdisciplinar e multi-profissional, que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o controle social que atue com a população de um determinado território em que o planejamento educacional em saúde busque apreender a complexidade das práticas desenvolvidas, vislumbrando possibilidades de projetar e intervir na dinâmica das relações sociais.

Por sua vez, Cordeiro (2001), afirma que o mercado de trabalho em saúde encontra-se tencionado entre a proposta constitucional que criou o Sistema Único de Saúde (SUS.) com a filosofia de saúde como um direito de todos (universalidade) e a linha de pensamento e ação neoliberal que tem do setor uma visão mercadológica.

Entretanto, no ano de 2001, são instituídas as Diretrizes Curriculares para a área da saúde que passam a exigir que a elaboração dos currículos aconteça dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida ao estudante, e que, necessariamente, estas diretrizes, sejam adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior.

Em seu Artigo 4º, Capítulo I orienta que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Por sua vez, o Artigo 5º, Capítulo IV deixa claro que para a consecução dessas ações, ou seja, informar e educar seus pacientes, familiares e a comunidade, os médicos devem usar técnicas apropriadas de comunicação. Mais

adiante o Capítulo X propõe que devem ser utilizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas.

As referidas Diretrizes recomendam que a formação deva contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área de conhecimento, campo de saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo permanente, que possibilite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, e que não termine com a concessão do diploma de graduação.

Afirmam também, no Parágrafo Único que, com base nestas competências, a formação dos profissionais da área da saúde deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país bem como a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. E, ainda, que todos os cursos de graduação contemplem a formação focada para o Sistema Único de Saúde.

Com o enfoque na formação básica e específica dos egresso-profissionais com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, identificada com uma formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade, as Diretrizes reforçam a necessidade de articulação entre a Educação Superior e a Saúde.

Mais adiante, no Artigo 9º, afirma que o Curso de Graduação em Medicina, e de forma semelhante os demais cursos da área da saúde, devem ter um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Entretanto no Artigo 12, que trata da estrutura do Curso de Graduação em Medicina, em seu Capítulo II, afirma que deverão ser utilizadas metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Mais adiante, no Capítulo VI, sugere a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multi-profissional.

No Artigo 13 diz que a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares que devem ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários e no Parágrafo 1º deste mesmo Artigo deixa claro que as avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos.

Fica claro para o desenvolvimento desta proposição, que o papel do docente não é apenas à instrumentação técnica, mas fundamentalmente uma reflexão crítica sobre essa prática e a realidade em que se processa (BATISTA, 2005)

A docência em saúde tem o papel de articular teoria e prática, intermediando a construção de saberes e orientando ações para as práticas das políticas públicas de educação e saúde.

Buscando compreender os rumos da abordagem da Saúde Pública, enquanto conteúdo obrigatório nos Cursos de Graduação em Saúde acredito ser necessário investigar se a metodologia ativa (alternativas) e/ou tradicional (dominantes) prepara adequadamente os profissionais para esta área de conhecimento.

1. APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA: OU DO PRIVADO AO PÚBLICO

A temática central desta tese é: Quais as concepções que os profissionais da saúde constituem a partir dos modelos pedagógicos usados na disciplina de Saúde Pública.

Enquanto graduanda percebi que nos identificamos mais com um professor do que com outro, ou ainda, gostamos mais dos conteúdos de uma disciplina do que de outra. Ou melhor, estas duas informações se mesclam e, por várias ocasiões, acontece de mudarmos de opinião no decorrer do semestre.

Este sentimento há muito me acompanha, às vezes pensava que isto não era real e sim fruto de minha imaginação. Mas na minha trajetória de docente pude constatar que realmente acontece. Atribuía estes episódios, ora a escolhas pessoais de cada aluno com relação às suas atividades no futuro, ora a tendência do mercado de trabalho, oportunidades, ora às influências da família e dos amigos.

Decidi, então, fazer uma especialização na área de gestão em saúde, na Faculdade de Administração da UFRGS, na tentativa de lidar melhor com meus conflitos. Os conhecimentos adquiridos e os desvelos trazidos foram a luz que me orientou na busca de soluções para minha inquietude.

Nesse sentido busquei o mestrado em Saúde Bucal Coletiva na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Em minha dissertação investiguei a gestão pública em odontologia, suas dificuldades e perspectivas. Os resultados encontrados apontaram que a formação em saúde pública não prepara os profissionais para o exercício da gestão desta. Esta constatação aumentou minha angústia, e deu-me uma certeza: o desejo de ser professora de Saúde Pública. E fui à luta!

Atualmente sou docente das disciplinas de Saúde Pública e Epidemiologia em cursos da saúde no Centro Universitário Feevale. Entretanto o exercício da docência, não acalmou minhas inquietações, e ao contrário, me impulsionou a estudar, a conhecer modelos pedagógicos, autores e discussões e levou-me ao Doutorado e a pesquisa que ora apresento.

Este estudo pretende também complementar pesquisas que existem sobre o assunto, estabelecendo relações entre as metodologias de ensino e o interesse e/ou desinteresse pela Saúde Pública por parte de alguns profissionais de saúde e se este é constituído durante sua formação acadêmica.

Nesse sentido, minha tese é poder identificar as lacunas existentes nos modelos pedagógicos do ensino da disciplina de Saúde Pública e as concepções que se constituem a partir destes na formação dos profissionais da saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar as metodologias utilizadas no ensino da disciplina de Saúde Pública nos cursos da área de saúde e as concepções presentes na formação dos profissionais destes cursos.

Objetivos Específicos

- identificar os modelos pedagógicos utilizados na disciplina de Saúde Pública;
- reconhecer quais as concepções, e o significado de Saúde Pública que se constituíram.
- sugerir alternativas de qualificação em Saúde Pública para os docentes dos cursos de saúde, visando a construção de novas práticas de ensino;
- divulgar os achados, bem como as conclusões finais deste estudo, em eventos, seminários, congressos, encontros, buscando publicizar, socializar e compartilhar os mesmos.

3. ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA: UM PROBLEMA COM MULTIPLAS ENTRADAS

Com a clareza de que Saúde Pública é a ciência e arte de evitar doenças, prolongar a vida através da saúde física e mental, do equilíbrio com o meio ambiente, da disponibilidade e envolvimento das organizações governamentais com as comunidades, é possível perceber que para a concretização deste conceito, há necessidade de se considerar alguns aspectos que têm poder de interferência para o bom êxito deste propósito.

Um dos aspectos que devem ser considerados é que a visão médica é a visão dominante em saúde, não esquecendo que conforme o modo de produção dominante e suas metamorfoses a medicina passa a se estruturar de diferentes formas. Esta realidade repercutiu na formação do profissional da saúde, uma vez o modelo dominante era o modelo médico e que este colocava no mercado de trabalho profissionais para o setor privado (especialistas) e para o setor público (generalista).

Esta constatação passa a ser discutida já nos primórdios do movimento sanitário. Ou mesmo antes, se consideramos que desde o término da 2ª. Guerra Mundial estudos tem sugerido mudanças na educação médica.

Durante os anos 90, observa-se uma retomada dos debates sobre a educação em saúde em nosso país. O surgimento de novas propostas para mudanças nos modelos pedagógicos, passa a fazer parte das reuniões e congressos, mobilizando professores alunos e dirigentes, não só no Brasil como nos demais países latino-americanos e em outros continentes.

Estes encontros apresentaram propostas de mudanças e a que mais se identifica com este estudo é a de que é preciso gerar um novo modelo científico, biomédico, social, que projete e fundamente um novo paradigma educação, onde

docência, assistência e pesquisa atuem integradas focadas no indivíduo e em seu grupo social. E a viabilização desta, tem início através de uma revisão conceitual dos modelos pedagógicos adotados nesta formação.

A superação da contradição entre a formação de especialistas e generalistas primeiramente surgidas na formação dos médicos se expande para os demais profissionais da saúde. Aqui cabe salientar que não se trata de negar o especialista, mas, do necessário fortalecimento de uma formação com foco generalista já na graduação, preparando estes profissionais para o exercício de atividades em equipes de saúde.

3.1. A Concepção de Proposta Pedagógica

A proposta pedagógica atua como moldura na qual se inscreve o modelo pedagógico; a seguir apresentamos as principais propostas que balizam as práticas docentes na saúde.

3.1.1 Modelo Tradicional / Dominante

Por metodologias de ensino tradicionais entendo serem aquelas em que simplesmente o conhecimento é transmitido ao aluno como mera informação de algo ou de alguma coisa, e que, para tanto, basta passar essa informação por meio de exposição oral.

A educação em massa produziu uma situação inusitada em que os sujeitos foram reduzidos a meros objetos do processo educativo, objetos tanto quanto aos conhecimentos a serem “dominados” ou os conteúdos a serem “adquiridos”. Instaurou-se a pedagogia da transmissão de quem, supostamente, detém mais saber e poder para quem supostamente não os detém (KOMATSU, 2002).

Este modelo (passivo) pedagógico está atrelado ao “assistir a aulas” e se resume ao processo de memorização dos conteúdos transmitidos, reter na memória mediante estudo, receber a informação.

Nesta visão de ensino, a aula é o espaço em que o professor fala, diz e explica o conteúdo, cabendo ao aluno anotá-lo para depois memorizar.

Daí poder prescindir da presença do próprio aluno, pois, se há um colega que copia tudo, basta fotocopiar suas anotações e estudá-las para dar conta, dessa maneira, de memorizar os conteúdos. (ANASTASIOU; ALVES, 2003).

Vem quase sempre associado ao avaliar “memorístico”.

A abordagem clássica do ensino na saúde é a transmissão de informação e treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Marca-se uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica. (CECCIM, FEUERWERKE, 2005).

O papel do professor tem se reduzido ao papel de emissor — como fonte inesgotável — de saber.

Supostamente se trataria de um interlocutor, mas não há interlocução, ou há pouca interlocução. Predomina o monólogo em sala de aula, ao final da qual restaria apenas uma questão: Alguma pergunta? Dúvidas? (KOMATSU, 2002).

3.1.2 Modelo Ativo /Alternativo

Metodologia Ativa de ensino é aquela que estabelece uma diferença entre aprender e apreender e neste modelo pedagógico apreender significa segurar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender, compreender, agarrar. Não se trata de um verbo passivo; para apreender é preciso agir, exercitar-se; informar-se; tomar para si; apropriar-se, entre outros fatores. (ANASTASIOU, ALVES, 2003).

Venturelli (2003), afirma que a educação de adultos deve centrar-se no estudante e que os métodos tradicionais devem abrir espaço para formas mais produtivas como, por exemplo, a educação baseada em problemas.

Segundo palavras do autor, suas convicções foram inspiradas na obra de Paulo Freire que em poucas palavras afirma que: aprendizagem baseada em problemas é tão velha como o mundo, e não é tão inovadora, muito menos de propriedade de novas escolas que as praticam. Esta aprendizagem é a que todos utilizam, inclusive com os analfabetos, como forma mais normal e eficiente de aprender o que se necessita para ao trabalho do dia a dia.

O novo é que hoje se aceite esta premissa como um caminho a seguir. A inovação é aceitar o lógico, o óbvio. Certamente esta é uma abordagem que não deve ser adotada com rigidez, uma vez que as verdadeiras inovações são resultantes de características, necessidades e da imaginação de quem as adota. A troca faz parte do processo de educar. As metodologias vão melhorando e seguimos aprendendo.

A maioria dos processos educacionais inovadores, na atualidade, coincide filosoficamente com os princípios de aprendizagem de adultos, e isto quer dizer — uma educação centrada no estudante, e é o mesmo que dizer aprendizagem baseada em problemas e que integre os conteúdos básicos e clínicos.

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais determinam que os cursos de graduação revisem seus currículos. Por conta desta determinação, praticamente todas as escolas brasileiras na área da saúde estão em processo de transformação curricular. Ou mudaram recentemente, ou seja, estão em processo de transformação ou estão planejando fazê-lo.

No editorial da Revista da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2005, vol. 29), Milton Arruda Martins propõe que o eixo do desenvolvimento curricular deve estar baseado nas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, e que as metodologias utilizadas devem privilegiar a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, a aprendizagem baseada na prática deve ser priorizada, em diferentes cenários.

Em 1991 o relatório final da Conferência Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina, afirmaram que [...] a comunidade deve ser objeto e sujeito da ação da universidade, isto é, deve ser protagonista, participante e destinatária das atividades universitárias,...] e continua [... sugere que deve haver articulação entre docência, serviço e pesquisa, fundamentados no princípio de aprender fazendo e aprender transformando a realidade ...].

Para Batista (2005) a Educação Superior em Saúde, nesse âmbito, tem buscado desenvolver propostas curriculares mais integradas, valorizando as metodologias problematizadoras, com desenhos curriculares orientados para a comunidade, possibilitando contato com diversos conteúdos eletivos e investindo em espaços coletivos de planejamento.

Compreender também que em metodologias ativas a docência deve ser vivida e construída através de práticas formativas comprometidas com a interdisciplinaridade, que na formação em saúde implica em um estreito diálogo em torno dos problemas oriundos da realidade, da ética e da crítica.

Sob este enfoque o princípio da integralidade deve orientar o processo de trabalho, possibilitando a vivência dos alunos com os professores via uma escuta qualificada das demandas e necessidades, demandas essas percebidas através do olhar diferenciado do paciente, dos alunos e dos demais profissionais envolvidos.

Metodologias Ativas significam também uma superação das práticas tradicionais adotadas na formação em saúde que isolavam estudantes e docentes dos diversos cursos da área, acabando por estabelecer fronteiras muito demarcadas entre os processos de formação. Pretende a superação da visão fragmentada de homem e de saúde na busca de acompanhar os diversos campos de conhecimento.

3.1.3 Limites e Possibilidades dos dois modelos

Interessaria a uma sociedade capitalista, que um modelo de assistência à saúde nos padrões pensados para o SUS, seja bem-sucedido? Ou interessaria sim, mostrar que o SUS só se destina a atender as classes sociais menos favorecidas, e que para tanto bastam profissionais menos qualificados. Uma sociedade onde o bom é ter um plano de saúde da iniciativa privada, onde os profissionais seriam bem qualificados atendendo a demanda de exigentes consumidores.

Como é que foi construído este discurso anti-SUS? Pois de um modo geral quando se fala a respeito do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), seja na mídia, nas filas dos bancos, nos pontos de ônibus, enfim em todos os lugares

onde se concentram algumas pessoas logo surgem respostas de desalento e descrédito sobre o nosso Sistema de Saúde.

E de onde vem esse desalento e esse descrédito? Estaria essa visão atrelada ao atendimento em Unidades Básicas de Saúde?

Será que esse desalento é passado ao paciente pelo profissional, sujeito participante do próprio sistema (o enfermeiro, o médico, o odontólogo) que lhe presta atendimento no hospital ou na Unidade Básica?

E esse desalento estaria ligado à formação deste profissional?

Com estes questionamentos inicio minhas reflexões sobre o uso de Metodologias Ativas na formação em Saúde Pública, deixando claro que, quando falo em Metodologia Ativa, estou me referindo ao entendimento que tenho desta, ou seja, aquela Metodologia Ativa que, na prática, exige do docente um contínuo processo de reflexão/ação, ação/reflexão, reflexão atrelada a uma concepção de mundo que vê o ser humano inserido no seu grupo social, exposto a interferências.

Aquela Metodologia que compreende e respeita o outro em suas diferenças, e que, no processo ensino-aprendizagem promova o apreender, o segurar, o assimilar, o entender, o agarrar. Que seja capaz de se informar e de informar, e de se tornar sujeito em processo de construção de seus saberes.

Quando me refiro ao professor, vejo-o como um ser capaz de ensinar, de apreender, e na área específica de saúde, aquele ser que no atendimento aos pacientes se multiplica através de seus alunos, por meio de seu saber e experiências e que tenha claro que a construção de seu conhecimento é obtida no cotidiano e se dá através de fazer.

E no refletir Saúde, penso em Saúde Pública e em profissionais de saúde que conhecem seus deveres, dever de educar para saúde, dever de promover a saúde, dever de prevenir a saúde, dever de dar exemplo através do uso de seus direitos de cidadão, mas principalmente pelo respeito aos direitos do outro, também cidadão, independente de sua classe socioeconômica e cultural.

O modelo de saúde vigente no período da ditadura militar proporcionou muitas discussões e, no final dos anos 60 e início de 70, passou-se a pensar a educação na área da saúde como uma modalidade que integrasse teoria e prática. Desta forma, a relação entre ensino e prática tornou-se tema necessário na discussão de alguns grupos que questionavam a inadequação pedagógica desse período em saúde.

Para Oliveira e Teixeira (1986), as principais características desse modelo são: a prerrogativa da prática médica curativa individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico industrial privado, orientado para a geração de lucro. Esse modelo tem em sua base uma tríade, na qual o Estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado internacional como produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos), daí em diante o modelo atual, um sistema público. (MENDES, 1992)

O Sistema Único de Saúde (SUS) propôs mudanças para a saúde pública. O (re) direcionamento de um modelo de atenção de saúde, centrado na doença, no atendimento individual e na tecnologia de alto custo, “hospitalocêntrico”, para uma medicina com assistência integral através da criação de diferentes projetos e da viabilidade de um relacionamento entre a Escola e a sociedade. (Princípio do Controle Social - Constituição Brasileira, 1988).

Entretanto a desarticulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades dos SUS. Embora o SUS represente um significativo mercado de trabalho para os profissionais da área da saúde, tanto nos serviços públicos e privados (contrato de prestação de serviços), este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde.

Outro ponto importante diz respeito a entender a educação como um processo permanente, com formação inicial na graduação e mantida no transcorrer da atividade profissional, sendo que a articulação com a comunidade, com os serviços de saúde e com a universidade, enriquece e qualifica essa permanente formação.

Freire (1997), quando examina a **Educação para Adultos**, afirma que no

Brasil e na América Latina a educação viveu um processo de amadurecimento que veio transformando a compreensão que dele tínhamos há poucos anos atrás, que esta educação se tornou mais abrangente, que é um processo permanente de refletir, de se mobilizar em direção e objetivos próprios.

Compreender o aprendizado como uma das formas que o homem desenvolveu para transmitir sua cultura de uma geração a outra e dizer que a maneira como se pensa e se organiza a formação produz um resultado diferenciado nas práticas sociais é acreditar que, na construção de um novo olhar e fazer na educação em saúde, que nas Diretrizes Curriculares pode estar sinalizada a proposição do equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

Portanto, este movimento de mudança deve estar alicerçado na integração curricular, em propostas pedagógicas mais interativas, na adoção de

metodologias que coloquem o aluno no centro do processo, enquanto sujeito da aprendizagem, e que o professor seja um mediador na construção deste conhecimento.

Há ainda, a necessidade de um novo olhar acerca dos valores, olhar este que transcenda a influência da mudança da prática, que reconstrua a ética do exercício profissional e que garanta o resgate da função social do atendimento às necessidades da sociedade.

Este estudo contribuirá para um entendimento das questões que permeiam este campo de estudo e propõe uma reflexão sobre um modelo pedagógico que tem sido desenvolvido nos últimos 30 anos. Primeiramente pelas Universidades de MacMaster (Canadá) e Maastricht (Holanda) e atualmente por um número bem considerável de escolas médicas e outras escolas da área da saúde ao redor do mundo.

Por estar sendo uma metodologia adequada ao aprendizado de alunos é recomendada pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) e pela Associação Européia de Escolas Médicas (AMEE). A adoção desta metodologia pela Universidade de Harvard (*The New Pathway*), nos últimos anos, possibilitou a mesma uma projeção importante nos círculos pedagógicos ligados à Medicina.

No Brasil temos algumas experiências, como por exemplo, a Faculdade de Medicina de Marília que, a partir de 1997, iniciou uma ampla reforma curricular e, em 2002, graduou a primeira turma num currículo centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. Essa Instituição estabeleceu o processo de ensino-aprendizagem a partir da lógica de aprender a apreender.

O desenvolvimento de atributos ou capacidades necessários para a realização dos desempenhos relativos à prática médica fundamenta-se em experiências concretas e reais vivenciadas pelos estudantes nos serviços de

saúde e junto à comunidade aliadas a análise de situações de saúde/doença que simulam problemas a serem enfrentados pelos futuros profissionais.

Desta forma, o programa de medicina busca a integração da teoria e da prática, visando o desenvolvimento de competências. (Informações obtidas no site <http://www.famema.br>, acessado em, 2005).

Estas novas concepções de organização curriculares foram frutos da necessidade de melhoria da formação dos profissionais de saúde e da intenção de contribuir para um processo de incremento no cuidado à saúde das pessoas e comunidades. Pode ser referenciada sob esta ótica a preocupação com o preparo pedagógico dos professores da Área da Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Essa proposição é evidenciada no final da década de 60, início da década de 70, quando da realização dos seminários sobre Ensino Médico, desenvolvidos na Faculdade de Medicina e, posteriormente, pela implementação do Curso de Especialização para Professores da Área da Saúde, desenvolvido pela Faculdade de Educação da UFRGS. (MACHADO; MANFROI, 2005).

Com a implementação dos programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, essa preocupação se manteve, tornando-se obrigatório o desenvolvimento de, no mínimo, quatro créditos na disciplina de Pedagogia e Didática Médica, demonstrando com isso que havia um interesse explícito no preparo de pesquisadores e professores, visando incentivar a pesquisa e a docência de alto nível. (MACHADO; MANFROI, 2005)

As Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, no olhar dos pesquisadores da Rede Unida, preconizam que a diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão.

Deixando claro que defendem a idéia de que todos os profissionais dessa área deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multi-profissional, tendo como benefícios os indivíduos e a comunidade promovendo a saúde para todos.

Mas para que os profissionais de saúde tenham as competências citadas, é fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde contemplem entre tantos princípios, de um modo especial, currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem.

Assim, um projeto político-pedagógico inspirado em Metodologias Ativas deve ter como características:

- fundamentação humanística;
- integração de conteúdos básicos e profissionalizantes;
- relação de equilíbrio entre a teoria e a prática;
- diversificação dos cenários de aprendizagem;
- pesquisa integrada ao ensino, com a participação de profissionais dos serviços e da comunidade;
- educação orientada para os problemas mais relevantes da sociedade;
- seleção de conteúdos essenciais em bases epidemiológicas;
- currículos flexíveis, com atividades eletivas;
- término dos cursos, garantindo a formação geral do profissional;

- educação centrada no aluno visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem;
- avaliação formativa do aluno, baseada nas competências cognitivas, afetivas e psicomotoras.

Face ao exposto, cabe indagar acerca dos limites destas propostas de mudança, uma vez que os paradigmas de atuação cada vez mais se tornam inoperantes para o desenvolvimento de novas propostas pedagógicas é uma temática importante no momento em que a graduação de todos os cursos superiores em saúde passa por transformações curriculares e metodológicas. Neste contexto, a prática do professor passa a ser fundamental e eixo estruturante dos processos formativos de adultos jovens e/ou profissionais em processo de verticalização de seu saber técnico. (BATISTA, 2005)

Segundo Paulo Freire, em **Pedagogia da Autonomia**, 1997, é preciso Ter presente ao trabalhar com adultos que:

[...] a competência técnico-científica e o rigor de que o professor não deve abrir mão no desenvolvimento do seu trabalho, não são incompatíveis com a amorosidade necessária às relações educativas. Essa postura ajuda a construir o ambiente favorável à produção do conhecimento onde o medo do professor e o mito que se cria em torno da sua pessoa vão sendo desvelados. É preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças.

Por isso é necessário que o docente atue como mediador no processo de formação do profissional da saúde, principalmente porque, tratando-se de adultos, já existe um modo recorrente de resolver problemas. Se educação é responder com outros elementos uma situação problema, então este papel passa a ser o fator diferencial.

3.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Considerar Saúde Pública no seu sentido amplo, onde o público não possa ser entendido como adjetivo. Neste estudo, Saúde Pública é um substantivo que parametriza toda a concepção que temos de saúde como

um direito cidadão. A seguir apresento como este processo se estabeleceu ou se desenvolve.

3.2.1 O peso de um processo

Para a compreensão e estudo dos modelos pedagógicos utilizados na disciplina de Saúde Pública, é necessário refletir e relembrar a história da estruturação das políticas de saúde no nosso país, que desenharam o que é hoje o nosso sistema de saúde.

Teoricamente não encontraremos uma definição fechada para Saúde Pública, uma vez que esta está atrelada e situada às relações sociais, culturais, políticas e econômicas em um determinado contexto. Mas, se fôssemos defini-la pelo que ela faz num dado instante, deveríamos ter em mente um país específico, visto que cada país tem sua própria cultura, sua maneira de dividir as responsabilidades entre o indivíduo e a sociedade, e estes fatores constroem as definições de quais sejam as atividades da saúde pública.

Mas a história brasileira mostra que a Saúde Pública nasceu quando a medicina do início do século XIX troca o seu objeto de atenção: não desvia o foco da doença e não se fixa em saúde, apenas tenta se colocar na posição de guardiã da saúde das populações, do coletivo, com o foco nas questões de higiene pública e a medicar os espaços urbanos, atrelados às questões econômicas. (abertura dos portos, comércio, etc.).

Com o propósito de nos situarmos, vale lembrar que o sistema de saúde no Brasil vem sofrendo constantes modificações desde o século passado, na tentativa de acompanhar as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira.

Roberto Machado e colaboradores (1978) enriquecem a história da medicina brasileira em um estudo que se dedica a descobrir como surge a tematização da saúde enquanto objeto da medicina, em lugar da doença. Neste trabalho, abordam o período colonial e as primeiras décadas do século XIX, e consideram que a transferência da Corte portuguesa em 1808 para o Brasil constituiu um marco para as transformações.

Para Mehry (1987), um estudioso das origens e desenvolvimento das práticas sanitárias no Estado de São Paulo,

A maioria dos estudos sobre saúde pública realizados no Brasil apresenta como característica principal, o fato de considerarem o objetivo das práticas sanitárias como anistórico, ao mesmo tempo em que conferem uma dada historicidade a este campo de práticas, a partir da história dos meios de realização deste objetivo. O que diferencia as etapas históricas, nesses estudos, é a evolução científica destes meios ao longo do tempo, ou seja, o que caracteriza os sucessivos períodos é a incorporação de um maior ou menor grau de cientificidade e/ou racionalidade àqueles meios.

Em 1829, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, "que lutará, de diversas maneiras, para impor-se como guardião da saúde pública", conforme Machado *et al.*, 1978, tem início o delineamento da medicina social no Brasil, que terá como uma das bandeiras de luta a defesa das ciências médicas. Mas já a partir deste período poderá ser observada a influência que a sociedade civil irá exercer sobre as decisões governamentais relacionadas à saúde pública.

Difícil também é pensar a Saúde Pública no Brasil, sem citar no mínimo, quatro dos mais brilhantes pesquisadores, Carlos Chagas, que descobriu a doença de Chagas e Oswaldo Cruz, médico sanitário, que foi encarregado de

combater as epidemias além de Adolfo Lutz e Emilio Ribas que se destacaram nos estudos da Febre Amarela e da Hanseníase.

Adolfo Lutz nasceu em São Paulo, concluiu o curso de Medicina em 1880 e já demonstrava forte inclinação pela pesquisa científica, freqüentando centros de excelência em pesquisa em Berna, Leipzig e Estrasburgo. Era considerado um “médico da roça”, porque buscava, em lugares mais desprovidos de recursos, material para seus estudos em helmintologia, bacteriologia, terapêutica, veterinária, dermatologia, protozoologia, bem como estudos sobre animais silvestres e domésticos, lepra, ancilostomíase, febre amarela, tuberculose do intestino.

Realizou muitas pesquisas fora do Brasil em países como Europa, Estados Unidos e Oceania e seus trabalhos foram publicados em periódicos científicos alemães, que estavam na vanguarda da época.

Emílio Marcondes Ribas, também natural de São Paulo, graduou-se em Medicina em 1887 (sete anos após Adolfo Lutz) e pode ser considerado um dos pioneiros na pesquisa contra a Febre Amarela no Brasil e na América do Sul.

Dentre seus feitos, destacam-se, para a história da Saúde Pública no Brasil, o que segue:

- criou o Instituto Butantã, no período em que a peste invadiu o Brasil (1899);
- idealizou o Sanatório de Santo Ângelo, o primeiro com características mais humanas para o tratamento da Hanseníase;

- enfrentou a febre amarela na região de Campinas contando neste feito com o apoio do cientista Adolfo Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico;
- em janeiro e fevereiro de 1903, já amigo de Adolfo Lutz, decidiu fazer uma experiência para comprovar a transmissão da febre amarela pela picada de mosquitos infectados, mosquitos vetores e não pelos meios apregoados pelos “contagionistas”.

Na biblioteca virtual <<http://www.bireme.br/php/index.php>> no texto sobre a Doença de Chagas encontramos que Carlos Chagas ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, formando-se em 1903. Tornou-se pesquisador, aperfeiçoou seus estudos em Parasitologia com Hartman e Prowazek, dois expoentes no assunto, que Oswaldo Cruz trouxe a Manguinhos. Através destes estudos surgiria a Campanha Saneadora do Vale do Itatinga e a teoria domiciliária da campanha antimalária em 1905.

A Constituição de 1891 determinava que aos Estados caberia a responsabilidade pela saúde pública em suas diversas áreas. Nos relatos sobre a Revolta da Vacina, no *site* "O motim", constata-se que em 1902, Rodrigues Alves assume a presidência do Brasil com o propósito de reformar e sanear o Rio de Janeiro, seguindo o modelo das cidades européias. Os motivos são manter o turismo e atrair investimentos estrangeiros.

Em 1903, 469 pessoas morreram de Febre Amarela, no ano seguinte o número cai para 39. Em 1904 a Varíola mata cerca de 3.500 pessoas, anos depois faz apenas nove.

É importante lembrar que, em 1904, o Rio de Janeiro era a capital federal, e era uma cidade com ruelas estreitas e sujas, cheia de cortiços onde se

amontoava a população pobre. A falta de saneamento básico e as condições de higiene fizeram da cidade um foco de epidemias, principalmente Febre Amarela, Varíola e Peste.

O médico sanitarista Oswaldo Cruz, designado por Rodrigues Alves para atacar a Febre Amarela, segue uma teoria de médicos cubanos, a qual aponta um tipo de mosquito como o seu transmissor. Brigadas de Mata-Mosquitos desinfetam ruas e casas. Mas foi a Varíola que pôs a cidade em pé de guerra. Com o apoio de uma lei federal, as Brigadas Sanitárias entravam nas casas e vacinavam pessoas á força. Em novembro de 1904 explode a revolta que levou o nome de Revolta da Vacina. Por mais de uma semana as ruas do Rio de Janeiro vivem uma guerra civil.

O governo reage e as medidas sanitárias continuam. A cidade fica livre das epidemias, mas começa a sofrer com a proliferação das favelas. Favelas estas que tiveram origem com a destruição dos cortiços. Populações de bairros inteiros foram desalojadas à força e se refugiaram nos morros.

A seguir, em 1911, o Código Sanitário passa por uma reformulação, demonstrando a clara preocupação com as questões do urbanismo desordenado nas capitais.

Segundo estudo de Bodstein (1984), no período de 1890 a 1934, Oswaldo Cruz deixa de lado a questão da tuberculose (primeira causa de morte na época) e dedica-se às doenças epidêmicas.

A primeira grande mudança foi chamada de sanitarismo campanhista e tinha como principal enfoque as campanhas sanitárias e durou até 1945. A partir deste período (1945 até 1960) temos um período considerado como de transição, culminando no modelo médico assistencial privado, que perdurou até o início dos anos 80.

Conforme Everardo Duarte Nunes (2000) nos anos 20, mudanças acontecem. Assiste-se à ascensão da assistência médica individual. Por volta de 1925 aparece a fase denominada de "médico-sanitária", onde o projeto de saúde volta-se para as ações de educação sanitária. Mais tarde este projeto será desenvolvido pelos Centros de Saúde, ou seja, a Saúde Pública passa a ter um caráter social de promoção e proteção à saúde.

Mehry (1992) ao analisar a saúde pública no período de 1920 a 1948, reconhece as políticas governamentais como modelos tecno-assistenciais que se constituem em projetos das forças sociais. Esses modelos estabeleceram vínculos não só com as correntes tecnológicas de pensamento do campo das ações sanitárias, mas também com as questões políticas mais amplas colocadas em seu campo específico.

De 1948 a 1964 todos os estudos nos esclarecem que no Brasil a reforma do setor saúde, na busca de modelo mais adequado à realidade sanitária do país, tem passado por muitos avanços e retrocessos, consensos e contradições. Sabe-se que a construção do campo da saúde não é autônoma e nem corre fora das disciplinas políticas.

De acordo com Romualdo Dâmaso em 1995, não se trata apenas de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente, invertendo a lógica de seu funcionamento de não mais somente assistir e integrar os doentes, mas de atuar ao nível das condições sociais da de produção das doenças.

Partindo desta discussão, de 1995 até 2006, o princípio da Integralidade torna-se um dos eixos condutores do nosso Sistema de Saúde, acompanhados pela descentralização com direção única em cada esfera do governo e da participação popular.

E para melhor entendimento deste estudo, valho-me de Mattos (2005), quando diz que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela deve ser considerada como “bandeira de luta”, que se recusa a reduzir o seu significado ao um simples abolir o sofrimento gerado por uma doença, mas sim em compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde de que um paciente necessita. E o mais importante é considerar a Integralidade como um atributo de todos os profissionais de saúde.

3.2.2 - Do Movimento da Reforma Sanitária à Geração e à Concepção do Sistema Único de Saúde, SUS dos dias atuais.

Na década de 70, principalmente em sua segunda metade, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, e adquire consistência o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formação do pensamento crítico na política em saúde. A Reforma integra-se então ao movimento de redemocratização do país.

Surgem, nos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, as idéias de Medicina Comunitária — uma proposta originária dos Estados Unidos da América e difundida nos países latino-americanos através de Instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde e fundações como a Kellogg e a Ford conforme ensina Cordoni Jr., 1979 —, e o conceito de Atenção Primária à Saúde — APS — sistematizado pelo Congresso de Alma Ata, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por ela difundido para os países em desenvolvimento.

Essas idéias marcaram o movimento sanitário naquele momento, como uma forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde vigente.

Ainda na década de 70, mais precisamente em 1976 é introduzido um novo e definitivo ator na estrutura do Sistema de Saúde: o município.

Os municípios de Londrina, no Paraná, Campinas, em São Paulo, e Niterói, no Rio de Janeiro, foram os primeiros, no Brasil, a aplicarem — na realidade das populações municipais — a experiência alternativa de ações nos princípios da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária.

Pela primeira vez, as pessoas passaram a ter acesso aos serviços de saúde de forma institucionalizada (e não mais como mero favor e caridade humanitária), principalmente aquelas marginalizadas pelo sistema da Previdência Social. (ALMEIDA, BURLANDY, 1991).

Por sua vez, Sonia Fleury Teixeira (1989), afirma que o Movimento da Reforma Sanitária, que sonhava um país sem epidemias que se alastram, endemias que se perpetuam, serviços inoperantes, crises financeiras da Previdência, e que tinha como um dos principais objetivos atender melhor a população, cuidar satisfatoriamente de sua saúde, iniciou suas discussões em plena ditadura militar brasileira, nas décadas 60 e 70. Esse período foi marcado pelo início de um ensaio e de ações de movimentos evidentes de resistência ao estadismo autoritário que predominava na América Latina.

A produção de conhecimentos na área de saúde, de acordo com Coutinho (1988) se encarregou de articular o agenciamento de saberes de saúde-doença às necessidades deste movimento, ou seja, a consciência científica não poderia, na época, produzir conhecimento desvinculado da realidade. Prova disso foi o surgimento do resignificado de conceitos de "causalidade", "diagnóstico" e decisão.

Oficialmente, o marco inicial deste movimento aconteceu em 1979, em uma reunião da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sob a presidência de

Ubaldo Dantas, onde foram retomadas e rediscutidas as propostas de unificação do sistema médico-hospitalar, preconizadas na 3ª. Conferência Nacional de Saúde.

Nesta ocasião vários segmentos da sociedade apresentaram suas sugestões, entre eles, partidos políticos, entidades representativas de profissionais da área (hospitalar, médico, farmacêutico) o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) bem como pesquisadores isolados.

As escolhas e as decisões tomadas pelos trabalhadores da saúde quer no discurso, quer na prática, resultaram no projeto e implantação da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária, neste momento, segundo Sonia Fleury Teixeira (1989), representou o deslocamento de forças da sociedade civil em direção à oposição ao regime militar. Democratizar a saúde como estratégia para democratizar a sociedade.

De 1980 a 1990 acontece o enfraquecimento e a queda da ditadura militar, acompanhado do processo de transição democrática do país, que terminou com a discussão, redação, elaboração e aprovação, em 1988, da atual Constituição Federal, com repercussões importantes e norteadoras do processo de construção de uma nova política para o setor saúde.

Em 1986, prevista nos planos do novo governo e tendo em vista a realização da Assembléia Nacional Constituinte que definiria uma nova ordem jurídica institucional para o Brasil, foi oficialmente convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, para discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional.

Já em março de 1986, o movimento da Reforma alcança sua maturação, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual reuniu cerca de 4.000 pessoas diretas ou indiretamente ligadas ao setor saúde. Poucos meses depois os Ministros da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação decidem pela criação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), através da Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22 de agosto de 1986, onde ficou definido que a referida Comissão seria formada por 24 integrantes sendo 12 vinculados ao poder público e 12 a entidade da sociedade civil.

Esta Conferência contou com ampla participação, cerca de 5.000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, sindicatos e demais lideranças populares. Nela foi discutida a situação da saúde no País, e aprovado o relatório final cujas conclusões passaram a integrar o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Já, neste momento, plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares, o documento foi levado à Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, onde o embate ideológico foi intenso: progressistas de um lado e, de outro, os conservadores.

O processo constituinte deu forças e objetivos concretos. O Movimento Sanitário Nacional mobilizou-se e pressionou os constituintes para que incluíssem os princípios da Reforma Sanitária na nova Constituição. O que deu resultado, pois fato é que boa parte das teses e conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde fazem parte do texto final aprovado pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Essa reunião consolidou o movimento, formulou e deu projeção política à idéia da necessidade de modificação do sistema de saúde.

E os sonhos da Reforma Sanitária me lembram a carta de Paulo Freire, intitulada **do Direito e do Dever de Mudar o Mundo** onde afirma que:

[...] é certo que mulheres e homens podem mudar o mundo para melhor, para fazê-lo menos injusto, mas a partir da realidade

concreta a que chegam em sua geração. E não fundadas ou fundados em devaneios, falsos sonhos, sem raízes, puras ilusões. O que não é porém possível é sequer pensar em transformar o mundo sem sonho, sem utopia, sem projeto (1992).

As interpretações da época eram a de que a Reforma Sanitária estaria propondo uma estratégia aparentemente paradoxal entre teoria e prática, visto que preconizava a obtenção efetiva de saúde para toda a população e por sua vez a formação em saúde estava voltada às especializações com elevados custos.

Cabe lembrar, que de 1979 a 1984 ampliou-se o debate tendo outro momento marcante: o mês de dezembro de 1984. Durante a elaboração dos planos de governo, do então candidato à presidência da república Tancredo Neves, novamente a Comissão de Saúde da Câmara promove uma ampla discussão sobre as alternativas para a política de saúde. E, a partir daí, o ideário da Reforma Sanitária adquire consistência, sob a forma de um conjunto de idéias elaboradas tanto por profissionais da área como por organizações comunitárias e sindicais.

Hoje temos uma Constituição que estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" e que define também que as "ações e serviços de saúde são de relevância pública", e o mais importante, é que nela está legitimado o Sistema Único de Saúde (SUS).

E em 1988, na Constituição Cidadã como ficou conhecida, visto que em seu arcabouço está o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, este movimento é reconhecido com a legitimação do Sistema Único de Saúde, SUS.

Neste mesmo texto constitucional também é afirmado que o Sistema Único de Saúde deve cumprir o papel de ordenar o processo de formação profissional na área de saúde, pois está evidente a necessidade de uma educação em que a teoria e prática se integrem.

É a única Constituição no mundo que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, dentre outros direitos. De acordo com este texto constitucional, compete ao Estado garantir através de políticas públicas (sociais e econômicas) a "redução do risco de doença e de outros agravos" através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Estava instituído então um sistema único integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual podem fazer parte, se necessário, instituições privadas.

No período de 1990 a 2001 seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação do SUS, que foi denominada de Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº. 8.080 e nº. 8.142). De acordo com essa legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

3.2.3 A visão normativa e política

Na ausência de um conceito-padrão de Saúde Pública, para este trabalho e para fins de docência busquei embasamento teórico em diferentes pesquisadores, dentre eles, os integrantes da Rede Unida — UNIDA, Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ e Centro de Estudos Brasileiros em Saúde — CEBES. Ao usar a expressão Saúde Pública estou me referindo à Saúde Coletiva; Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Idoso; Saúde do Trabalhador e uso o conceito de Maria Zélia Rouquayrol (1994), onde ela afirma que:

Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do

meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

Neste sentido, está implícito que a Educação, a Gestão e a Saúde em seu conceito amplo, estão intrinsecamente relacionadas.

Sob este olhar é importante considerar que conceito de Saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não está contemplando as atuais demandas e necessita ser re-significado, pois conceitua saúde como um completo bem-estar físico, mental e social.

Aciole (2006) afirma e enfatiza que o importante é reconhecer que na área de saúde o que existe é uma diferença polissêmica entre saúde pública e saúde privada haja vista a convivência dos dois sistemas de atenção à saúde em nosso país.

A expressão Saúde Pública, de um modo geral, nos remete a idéia de pertencimento coletivo, pois é de todos e não é de ninguém em particular. Todos têm a sensação de que a possuímos, ou que podemos acessar seus serviços, mas ninguém pode reivindicar sua posse privada, embora a gozem individualmente.

Por sua vez a expressão saúde privada está associada à idéia de mercado, lugar de produtores particulares, desprovidos da função ou dimensão pública e o termo público vinculam-se ao estatal.

Os dias atuais têm trazido á tona o caráter da relação — complementar, suplementar, parceria — que teria o setor privado com o público, e vice-versa. E este se encaixa perfeitamente no nosso Sistema de Saúde. (ACIOLE, 2006)

Na área de saúde, de modo especial, a discussão passa pelo aprofundamento das raízes que foram conformando dois sistemas de atenção, um estatal, outro privado, e dos vínculos entre eles.

A partir desta ideologia se constituiu uma distância quase que intransponível que se estabelece entre ser um usuário do sistema público e ser um consumidor dos planos de saúde do sistema privado. Com este enfoque, a saúde presencia a dicotomia entre usuários e consumidores que culminou se estruturando em pólos opostos entre preventivo e curativo; entre rede básica e hospital; ações coletivas e ações individuais; saúde pública e medicina; liberdade de escolha e controle; agilidade e eficiência confrontada com burocracia, descaso, filas e regulação.

Esta dicotomia promoveu a existência de valores positivos e negativos de um ou de outro sistema, respectivamente e em “função disso, os sistemas público e privado ocupam nichos em que apresentam incompatibilidade de gênios, ou seja, o que é público não pode e nem deve se confundir com o que é privado e vice-versa” (ACIOLE, 2006)

Estes conceitos acabam por configurar um significado impreciso de Saúde Pública e causam implicações na formação dos profissionais de saúde. Isto me faz lembrar de Miguel Arroyo em seu livro **Ofício de Mestre** quando afirma que: “pensar e mexer com a formação humana é um pensar sobre a nossa formação, nosso próprio percurso. Enfrenta-nos com um dever ser, o que é bem mais complicado do que um saber fazer”.

3.3.3 A visão ética: o direito de ter direitos

A Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, em seu artigo 196, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Refletindo sobre este texto e embasada nos conteúdos anteriormente apresentados, percebo que o mesmo pretende, mostrando-se disponível a todos os cidadãos, resgatar o direito de ter direitos. Por sua vez, também está escrito que o cidadão também tem suas responsabilidades neste contexto, pois ninguém é responsável isoladamente.

Através de um dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) denominado de Controle Social, se estabelece uma relação de coresponsabilidade, entre o cidadão e o governo. Esta ética política formulada nos princípios e diretrizes do SUS atua como “idéias-guias” para o exercício da cidadania. Esta diretriz deve ser tornada acessível aos alunos da área da saúde e entendida pelos docentes, especialmente os da disciplina de saúde pública.

4. ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA: SINGULARIDADE DE UM SABER

Partindo da premissa de que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e entendendo saúde como um direito e um processo de “afirmação da vida” – necessário se faz ter profissionais comprometidos eticamente com os usuários em um modelo de atenção centrado na realidade dos mesmos. Para tanto o processo de formação desse profissional é fundamental.

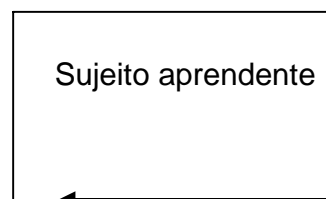
Nesse sentido trago para discussão os 03 modelos pedagógicos mais comumente usados nos cursos da saúde e proponho um 4º. modelo consoante com a premissa acima enunciada , tendo em vista que aprender e ensinar são vivências de processos , tanto para o professor como para o aluno.

4.1 Moldura teórica – modelos pedagógicos

Modelo 1: Racionalidade ou fechado em si mesmo

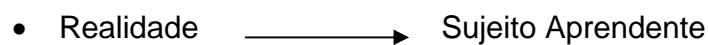
Esse modelo parte do pressuposto que a leitura da realidade é feita a partir das idéias construídas pelo sujeito na perspectiva platônica. É um raciocínio solipsista, ou seja, onde só existe o eu e suas sensações sendo os demais seres humanos e objetos, apenas participes da única mente pensante (eu), sem existência própria.

- Realidade



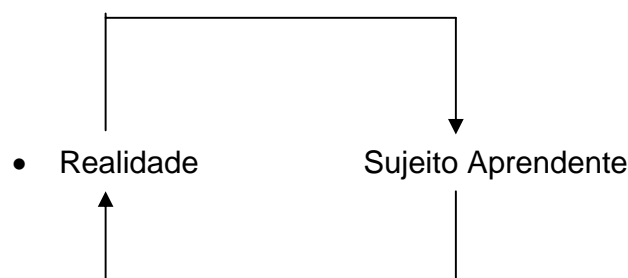
Modelo 2: Empírico

Este modelo preconiza que está na experiência e na realidade a fonte de qualquer aprendizagem. O conhecimento parte da realidade como os sentidos a percebem e ajustam-se a esta. Qualquer conhecimento, tendo uma origem diferente da experiência da realidade parece suspeito. “Nada está na inteligência que não tenha passado pelos sentidos” (Aristóteles).



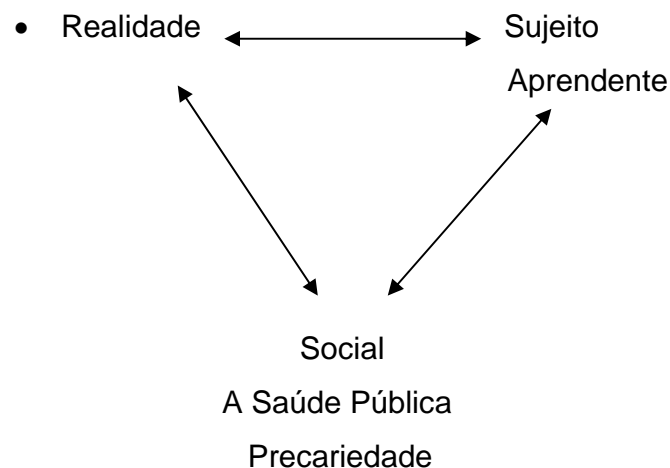
Modelo 3: Historicista

Por sua vez o historicismo afirma que o conhecimento deriva de uma construção que tem seu eixo na ação do sujeito sobre a realidade, ação que se internaliza nas estruturas lógicas do sujeito. Significado e compreensão são construídos através de ações sobre objetos e de experiências com as coisas a serem conhecidas, não podem ser adquiridos somente através de leitura e de ouvir exposições. A ênfase reside na experiência com as coisas que devem ser conhecidas. A chave de tudo é a atividade, ação sobre os objetos, acontecimentos e pessoas. É preciso ser ativo para se desenvolver conceitos, ou seja, sem atividade uma série de conceitos ou idéias permanece sem significado.



Modelo 4: Humanizado - Singular ao ensino de saúde pública

Diferencia-se porque introduz um terceiro elemento inexistente nos demais, isto é, o social, o público. A idéia aqui, é revisar os modelos pedagógicos em outras bases, compreender o insucesso didático pedagógico apontado nas respostas obtidas.



Embasada nos autores que me acompanham nesta trajetória e na vivência enquanto docente da disciplina de Saúde Pública de cursos de graduação na saúde, acredito que os modelos 1, 2, e 3 não contemplam as necessidades que o ensino-aprendizagem em Saúde Pública exige nem sinalizam as angústias que este desencadeia. O 4º modelo reforça que a Saúde Pública requer rigor científico. Mas não aquele que aponta a neutralidade do sujeito frente ao objeto. E sim, aquele rigor do qual nos fala Freire: “o rigor como um desejo de saber, uma busca de respostas, um método crítico de aprender. Uma forma de comunicação que provoca o outro a participar, ou inclui o outro numa busca ativa” (FREIRE, 1997, p.14).

Exige a interação do profissional da saúde com o outro para perceber, enxergar, seu paciente no seu próprio grupo social. Assim, conhecer sua cultura, seus fazeres, suas carências, suas dificuldades, pois não acontecendo este envolvimento, o paciente percebe o não comprometimento de um profissional, o que contribui e muito, para que a resposta terapêutica não ocorra de modo esperado ou proposto.

Acrescente-se a estes dados as questões de natureza afetiva, de formação de vínculos entre estes, paciente e profissional. Relacionando estes dados ao exercício de Saúde Pública, surge a proposição de um modelo pedagógico que retoma os modelos acima descritos, mas em outra base. Um modelo pedagógico que não é “carimbado” com um nome, mas que é percebido, sentido pelo aluno.

Esta mesma percepção, sensibilidade que é preconizada para o atendimento do paciente, deve ser percebida pelo aluno com relação ao seu professor. E pode contribuir para a compreensão do insucesso didático-pedagógico apontados nas respostas das entrevistas. Pois estamos falando de vínculo com o saber, como uma relação de objeto, ou seja, convir que os objetos de saber ensinados na “escola” devem estar investidos de desejo para serem apropriados, uma vez que saber é aceitar desejar saber.

5. MOLDURA OPERATIVA: O MÉTODO

Com o propósito de contemplar os objetivos para os quais se propôs como Projeto e que deu origem a esta Tese este estudo está construído nas vertentes quantitativa e qualitativa com embasamento a partir das idéias de Goldim (2000); Minayo (1999); Triviños (1987); Olabuenaga (1998) e Taylor Bogdan (1998).

Foram atendidos os princípios éticos de estruturação e condução do processo de pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo A). Foram também respeitadas as normas vigentes no país quanto à produção de novos conhecimentos e ainda os preceitos regimentais do Programa de Pós-Graduação em Medicina — Ciências Pneumológicas e que agora apresento como resultado.

Este capítulo inicia afirmando que entendo por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas, pois o “método é a alma da teoria” (LENIN, 1965)

Neste estudo tivemos a participação de alunos de diferentes cursos da área de saúde, da graduação e pós-graduação, portanto houve necessidade de tratar dos dados de uma forma quantitativa, bem como fazer uma análise qualitativa das respostas dos questionários e entrevistas.

Para Goldim (2000),

[...] a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal a visão de processo. Esta pesquisa tem como característica fundamental a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador. Enfatiza também que os métodos quantitativos de pesquisa são utilizados fundamentalmente para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão, ou também para dividi-la em categorias e descrever sua freqüência. Já os métodos qualitativos

são extremamente úteis para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre.

Por sua vez Triviños (1987), afirma que o interesse pela pesquisa qualitativa apareceu primeiro no campo da saúde, especialmente na medicina comunitária e, após, na enfermagem. Reforça o autor que ambas, tanto a pesquisa quantitativa como a pesquisa qualitativa, estão comprometidas com as necessidades humanas, não só na escolha das temáticas que serão estudadas, mas também com os resultados e aplicações das investigações.

Ainda para o autor, no processo do conhecimento avançamos da qualidade à quantidade. Mas, no aparecimento das coisas, na realidade, elas surgem inicialmente como quantitativas e em seguida aparecem as mudanças qualitativas, ou seja, primeiro aparecem as mudanças quantitativas numa passagem de causa e efeito.

Esta proposição também é preconizada por Gramsci (1984), que explica que quando muda a quantidade se altera a qualidade e ao mesmo tempo quando a qualidade se altera passa a se expandir também como quantidade.

Olabuenaga (1998), também faz esta afirmação ao dizer que:

Os métodos qualitativos são os que enfatizam o conhecimento da realidade a partir de uma perspectiva, ou seja, captar o significado particular que o próprio protagonista atribui a cada fato e de contemplar estes elementos como peças de um conjunto sistemático (...) a tarefa do pesquisador neste contexto se apóia em captar a essência deste processo para interpretar o sentido dos diferentes conteúdos.

No **Discurso do Método**, escrito por René Descartes, é proposto que após obter as informações devemos analisá-las, dividi-las em tantas partes quanto for possível para, posteriormente, reconstruí-las e entender o todo.

Ademais, esta pesquisa tem caráter descritivo e interpretativo, pois neste estudo é analisada a essência deste processo que contém "dados descritivos: as próprias palavras pronunciadas ou escritas das pessoas". (TAYLOR; BOGDAN, 1998)

5.1 – Participantes

A população-alvo para o estudo foi definida como sendo alunos dos cursos da área da saúde na graduação e/ou na pós-graduação de Instituições de Ensino Superior Pública — Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Privada — Centro Universitário Metodista (IPA).

Os participantes da pesquisa formaram uma amostra que pode ser descrita como de não probabilística do tipo estratégico ou intencional; trata-se, pois, de uma amostra na qual:

O investigador seleciona os informantes que irão compor a amostra seguindo um critério estratégico pessoal [...] os mais fáceis [...] os que por seu conhecimento da situação ou do problema parecem ser os mais idôneos e representativos da população a estudar[...] (OLABUENAGA,1998)

Esta amostra foi composta por alunos dos cursos da área de saúde envolvendo egressos da disciplina de Saúde Pública, que fazem sua graduação e/ou Pós-graduação nos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, que tiveram sua formação nos últimos cinco anos nas Instituições já citadas, na Região Metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

Foram tomados como critérios para compor a amostra:

a) ser aluno da Graduação e/ou Pós-graduação em cursos da área de saúde;

b) ter cursado (egressos) da disciplina de Saúde Pública;

c) ter concordado em responder o questionário;

d) ter, através do questionário aceito, intenção de conceder a entrevista parcialmente estruturada acerca da temática.

5.2 - Instrumento de Coleta de Dados

O processo metodológico indicou que os dados fossem coletados por meio de questionários fechados e de entrevistas que podem ser descritas como parcialmente estruturadas, ou seja,

[“...] cujos temas são particularizados e as questões (abertas) preparadas antecipadamente, mas com plena liberdade quanto à retirada de algumas perguntas, a ordem com que estas perguntas estão colocadas e ao acréscimo de perguntas improvisadas” (LAVILLE; DIONNE, 1999).

O questionário foi criteriosamente construído através da elaboração de um roteiro para a obtenção dos dados: (o que seria perguntado, não pretendendo em momento algum um padrão de respostas, algo impossível em se tratando da relação autor-sujeito).

Após a elaboração e validação dos questionários (Apêndice A) teve início a primeira parte da pesquisa, no mês de Junho de 2006, a qual foi concluída em novembro de 2006 após a obtenção da última entrevista (Apêndice B).

Para a obtenção dos dados dos questionários e das entrevistas, inicialmente ficou definido que a população deste trabalho deveria ter representantes de todos os cursos da área da saúde, independente das instituições nas quais os egressos realizaram ou realizam sua formação em nível de graduação.

Para completar esta fase da pesquisa foram feitos contatos com os coordenadores dos cursos das Instituições de Ensino Superior, para incluir na agenda as datas e os locais para a aplicação dos questionários. Nesses dois locais os encontros foram em sala e horário de aula.

Fui apresentada aos alunos e os informei dos objetivos do estudo convidando-os a participar do mesmo. Os alunos que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Informado (Anexo A) e a sua participação foi espontânea. Além disso, ficou garantida a devolução das conclusões obtidas pela autora aos entrevistados, bem como aos demais colegas interessados; o que será realizado no momento da defesa pública desta tese.

Foram distribuídos 300 (trezentos) questionários nestas Instituições. A amostra deste estudo foi definida a partir da devolução do questionário preenchido e das entrevistas após a concordância da última questão do referido instrumento.

Retornaram 61 questionários entre alunos de graduação e pós-graduação de cursos de: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia.

Através destes questionários obtivemos os seguintes parâmetros para a elaboração da amostra:

- Questionários com **SIM** para entrevista:
07 alunos da pós-graduação e 20 alunos da graduação;
- Questionários com **NÃO** para entrevista;
17 alunos da pós-graduação e 17 alunos da graduação.

Após a leitura e classificação dos questionários foram feitos contatos para agendar as entrevistas. Estes contatos foram inicialmente via e-mail e por meio do telefone que os sujeitos informaram anteriormente.

O delineamento inicial sinalizou para um total de 27 entrevistas. Foram concluídas 14. Destes, 06 dos sujeitos responderam por e-mail e os demais foram entrevistados pessoalmente. Essas entrevistas deixaram-me com a sensação de economia nas respostas, pois foram mais sucintas do que no instrumento questionário.

Os demais sujeitos alegaram indisponibilidade de tempo ou simplesmente não retornaram os contatos.

Foram entrevistados:

- Pós-Graduação: 05 alunos distribuídos da seguinte forma: Medicina (2), Odontologia (1), Nutrição (1) e Fisioterapia (1);
- Graduação: 04 alunos do curso de Enfermagem e 05 alunos do curso de Medicina.

5.3 - Método de Análise

A análise qualitativa utilizada neste estudo pode ser denominada análise de conteúdo de tipo temática.

[...] Cujo princípio consiste em desmontar a estrutura e os elementos deste conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, a análise de conteúdo [...] permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias etc. (LAVILLE, DIONNE; 1999)

Por sua vez, a análise de conteúdo seguiu o modelo proposto por Laville e Dionne *op.cit.* e se processou em três fases:

A **primeira fase** consistiu na organização do material coletado orientado pelos objetivos da pesquisa. Esta orientação permitiu ao pesquisador elaborar sua percepção do fenômeno e se deixou guiar pelas especificidades do material selecionado.

Na **segunda fase** procedeu-se

Em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos e em seguida ordenar dentro de categorias, dado que a finalidade foi eminentemente a de agrupar estes elementos em função de sua significação, cumpre que estes sejam portadores de sentido em relação ao material analisado e as intenções da pesquisa. (LAVILLE, DIONNE; 1999).

Esta possibilitou a classificação e o agrupamento das expressões textuais comprobatórias correspondentes a cada categoria e as expressões foram selecionadas *a priori* apoiando-se no referencial teórico. (LAVILLE, DIONE, 1999)

A **terceira fase** correspondeu à inferência e interpretações, e aparece sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas dos questionários e a sua validação.

5.4 - Validação

Ao se falar em validação de uma pesquisa qualitativa, a triangulação aparece como uma das técnicas mais indicadas.

Para Kemmis (1990), a triangulação consiste em um controle cruzado de diferentes fontes de dados: pessoas, instrumentos, documentos ou a combinação destes.

No trabalho que ora apresento, foi considerada a triangulação de sujeitos que possibilita confrontar a diversidade de pontos de vista que os implicados têm sobre a realidade das múltiplas formações e das diferentes Instituição de Ensino.

6. ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA: UMA ÁREA DE CONHECIMENTO COM MÚLTIPLOS OLHARES (RESULTADOS)

6.1 – Do ponto de vista quantitativo

Neste capítulo apresento o resultado dos dados quantitativos e dos qualitativos e a discussão embasada no referencial teórico proposto.

Após a elaboração e validação dos questionários (Apêndice A), teve início a primeira parte da pesquisa, no mês de Junho de 2006, e esta foi concluída em novembro de 2006, após a obtenção da última entrevista parcialmente estruturada (Apêndice B).

Através destes questionários obtivemos os seguintes parâmetros para a elaboração da amostra:

Dos 61 questionários aplicados, 27 tiveram sim para a entrevista, sendo que destes, 7 eram de alunos de pós-graduação e 20 eram alunos da graduação. 34 alunos responderam não querer dar entrevista.

Dos 61 respondentes, 80,3% dos alunos eram do sexo feminino. A faixa etária predominante em ambos os sexos é de 23 a 33 anos. 54,1% estão entre o 5º e o 10º semestre do curso de graduação. Ainda, 78,7% exercem atividade remunerada na área de saúde.

Considero importante a informação acerca do exercício da atividade em saúde, pois está relacionado à construção da prática deste aluno, pois seu olhar na sala de aula provavelmente seja mais rigoroso. Rigor, no sentido de Freire (2006), como um desejo de saber, como uma busca de respostas, como uma maneira crítica de aprendizado, como uma estratégia de comunicação que provoca o outro a participar, ou inclui o outro numa busca ativa.

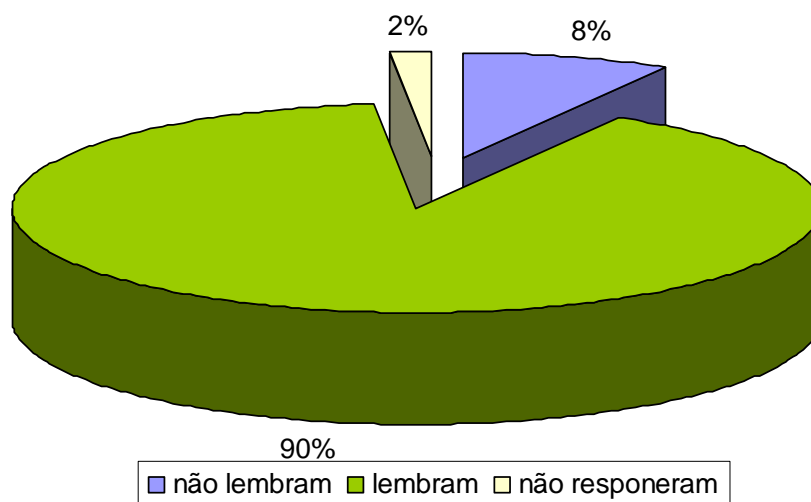
Freire também nos alerta que os estudantes são excluídos da busca, da atividade do rigor.

As respostas lhes são dadas para que as memorizem. O conhecimento lhes é dado como um cadáver de informação – um corpo morto de conhecimento – e não uma conexão viva com a realidade deles.

Contato: 83,6% dos sujeitos, escolheram o e-mail como forma de contato.

A seguir as questões dos questionários com os respectivos comentários:

Pergunta nº. 1: Lembras o nome do(a) professor(a) da disciplina de Saúde Pública?

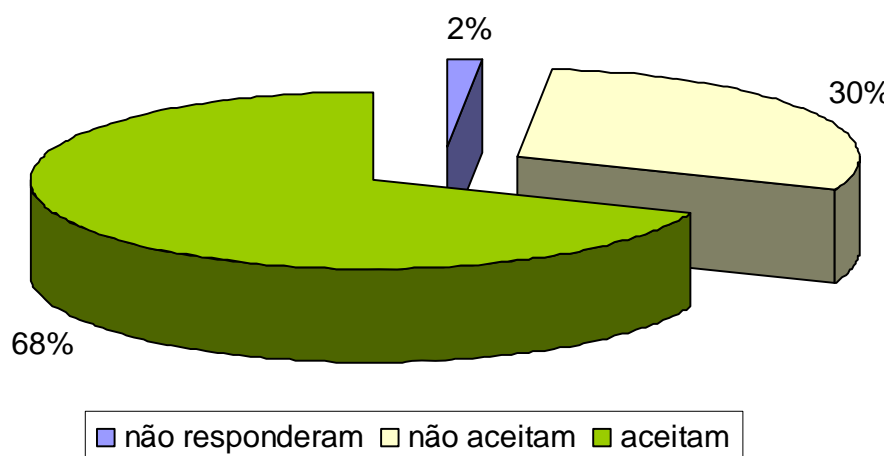


Quase todos afirmaram lembrar do nome do professor, mas apenas 4 dos homens e 16 das mulheres escreveram o nome deles. Esclareci que, para estudo, citar o nome não era o mais importante, a consistência da informação estaria relacionada à memória, à lembrança que o aluno traz deste professor.

Também não foi questionado se a lembrança era positiva ou não. Os resultados sinalizaram que este professor não foi ignorado. E para o estudo este dado é suficiente.

E novamente me inspiro em Freire (1997), quando diz que o primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe escutar é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a realidade do dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal, profundamente respeitável, de expressá-la.

Pergunta nº. 2: No decorrer do semestre, este professor(a) de Saúde Pública aceitou trocar a atividade prevista por outro tema relacionado ou não com os conteúdos da disciplina?



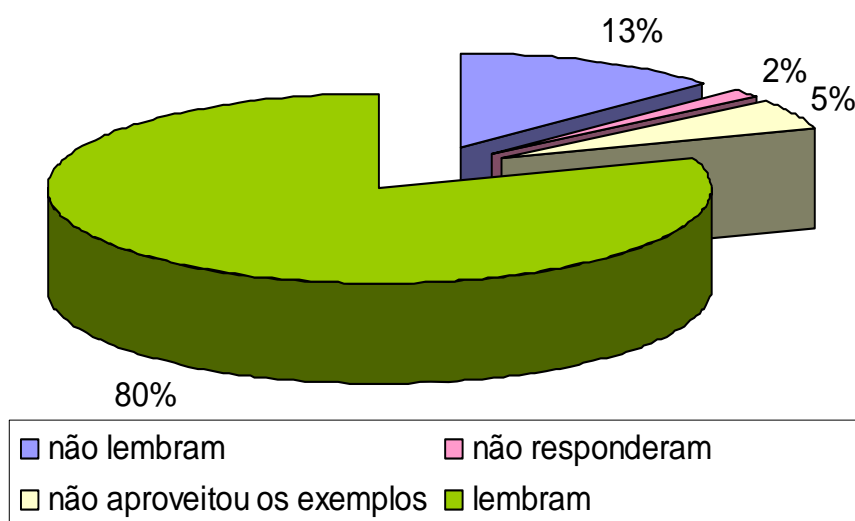
Embasada no referencial teórico, este percentual sugere que existem docentes que na condução de suas disciplinas estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares e com os modelos pedagógicos ativos.

Esse docente já percebeu que é mais construtivo tratar assuntos que estão angustiando os alunos e, a partir deste, conectá-los com os conteúdos específicos

da disciplina. O processo de apreensão, de conhecer, está relacionado com o enredar, estabelecendo os nós necessários entre os fios a serem tecidos. (ANASTASIOU; ALVES, 2003)

Na docência a percepção de que é importante estimular o aluno para que participe das aulas sem se sentir forçado é primordial. Fazendo uso desta estratégia o professor incentivará aquele aluno que não fala, mas que ouve. O educador deve estar atento quando os alunos falam e pedir que os outros alunos também prestem atenção.

Pergunta nº. 3: Este professor (a) aproveitou (acolheu) exemplos trazidos pelos alunos os relacionou aos conteúdos da disciplina de Saúde Pública?



Estes dados sinalizam para a confirmação da discussão da questão anterior. Metodologicamente é possível perceber também neste quesito um aproveitamento das angústias dos alunos para a construção da dinâmica da aula pelo professor.

Além disso, esta estratégia estimula que o aluno construa uma análise crítica sobre a informação que está apresentando, torna-o mais criterioso e mais envolvido. O aluno encontra um espaço onde pode expressar suas idéias e onde tem a oportunidade de dar-se conta do que entendeu ou não.

Pergunta nº. 4: Este professor (a) estimulou os alunos para se envolverem com os problemas de Saúde Pública da tua comunidade. Exemplifique.

Para esta análise é importante considerar que dos 61 questionários 16 deixaram este quesito sem resposta. E das respostas obtidas estabeleci uma classificação para melhor interpretar os resultados conforme segue:

Sim = 9 (20%) - Respostas com conteúdo significativo relativo à questão formulada, ou seja, está evidente a proposição de construção, de educação em Saúde e a preocupação deste docente em relacionar teoria e prática.

Simultaneamente atitude deste(s) docente(s) em estimular a presença de seus alunos na comunidade, pode ser traduzida como um modelo pedagógico que não considera os alunos apenas como objetos, mas, sim, sujeitos de um processo de mudanças. E desta forma criar condições para que o aluno se envolva com os problemas coletivos e a partir deste pensar e propor soluções e mudar a sua compreensão do mundo através do desvelamento de outras realidades. (FREIRE, 1997).

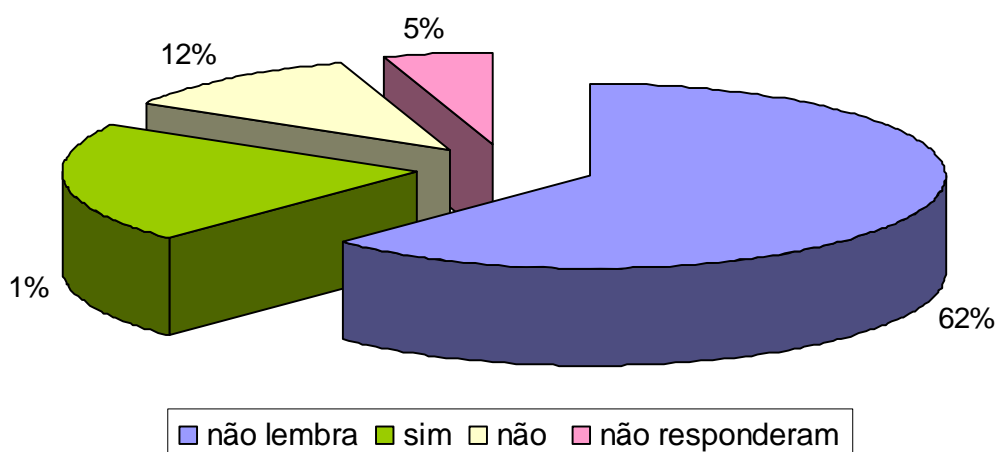
Como exemplos teóricos = 20 (44,4%) sala de aula responderam como SIM, mas somente para atividades em sala de aula. A maioria dessas respostas construiu-se no campo da teoria e se originaram ora de dúvidas trazidas pelos colegas, ora por textos da mídia e assim por diante.

Não = 16 (35,5%) afirmaram que o professor não estimulou o envolvimento com a comunidade.

Para comentar este quesito, valho-me de Anastasiou e Alves (2003), quando afirma que como a aprendizagem exige a compreensão e apreensão do conteúdo pelo aluno, é essencial à construção de um conjunto relacional, de uma rede, de um sistema, em que o novo conhecimento apreendido pelo aluno amplie ou modifique o inicial.

O que Becker (2002) reforça, quando afirma que o professor basicamente orienta, incentiva, mostra os caminhos.... Deve dar condições, quem apreende é o aluno uma vez que ele é o centro do processo.

Pergunta nº. 5: Este professor (a) percebeu se algum colega teu estava com problema?



Esta pergunta está relacionada às questões da sensibilidade, da percepção do professor com relação aos alunos.

Mas o que transparece nos resultados é que ou os alunos não **enxergam** o **outro** (grifo da autora) e nem sequer se apercebem que o professor está se

preocupando mais ou menos com um de seus colegas ou não conseguem sequer notar que no grupo existe alguém com problemas.

Não estou discutindo a postura do docente, estou interpretando as respostas dos alunos e a partir destas considerações tecer os comentários que considero pertinente.

Para Cunha (1989), a forma de ser do professor é um todo e depende certamente de sua visão de mundo. Não é possível estabelecer um padrão linear de professor (a), mas é inegável que sua forma de ser e agir revela um compromisso. E é desta forma de ser que demonstra sua não neutralidade no processo educativo.

Pode-se pensar também em docente disponível para a escuta, sensível às angústias dos alunos. Nota-se também que o modelo pedagógico Ativo se propõe a este tipo de relacionamento.

Pergunta nº. 6: Tu pudeste contar com o (a) professor (a) para um bate-papo em horários e locais diferente dos de sala de aula?

Não responderam = 1,6%

Não = 14,8%

Sim = 83,6%

O ambiente de aprendizado deve ser um local onde não exista contraposição entre o intelectual e o afetivo, Freire (1997) também propõe que deve haver humor e amor na educação.

É importante que o aluno sinta alegria na relação com o professor, é preciso que se sinta respeitado e levado a sério. Ter capacidade de compreender o aluno e aceitá-lo como ele é. Acreditar que a aquisição do conhecimento tem a influência do afeto, pois se aprende bem aquilo que nos cativa, com o que temos afinidade.

Pergunta nº. 7: Este (a) professor(a) é uma referência importante na tua visão de Saúde Pública. O que aprendestes de mais significativo com ele (a)?

Novamente estabeleci critérios para os comentários:

Dos 61 questionários, 15 não preencheram este quesito.

Os demais ficaram assim distribuídos:

Sim = 15 (32,6%) com construção, com sentido, com significado, justificados, fundamentados, onde os comentários levam a pesquisadora a concluir que este professor realmente tornou-se referência em Saúde Pública para estes alunos. Seja por seu exemplo enquanto profissional da área, sua vivência na prática, seu conhecimento, domínio dos conteúdos, e também pela maneira que transmite os conhecimentos aos alunos.

Novamente fica implícito que a metodologia adotada é ativa, pois as respostas destes alunos levam a esta construção. Ficam transparentes, também, os laços de afeto que se estabeleceram entre os alunos e os docentes.

O mais significativo para este grupo de sujeitos foi a constatação de que o trabalho em saúde é um trabalho que estabelece uma relação — paciente, profissional e grupo social — e ainda que é um trabalho de afirmação da vida, por conseguinte exige um processo de respeito — ética com o paciente (usuário).

Para Freire (1996), e com quem concordo, o preparo científico do professor deve coincidir com sua retidão ética, formação científica, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de aprender com o diferente. Certamente esta postura será uma referência para os alunos.

SS = 20 (43,4%) Sem sentido, sem significado, as respostas são genéricas e não estão relacionadas com a questão central. Tive a impressão de que alguns alunos não entenderam a pergunta, outros responderam Sim, mas complementavam com um comentário diametralmente oposto, por exemplo, “Sim, não lembro...”.

Pode ser interpretada também como uma maneira de demonstrar seu despreparo para esta questão e ao sentir-se despreparado não deseja correr riscos e nem sequer tomar posições. Não percebe sequer que desta maneira já está tomando uma posição, a de omitir-se...

Não = 13, simplesmente responderam Não... Sem maiores comentários.

Pergunta nº. 8: O que entendes por “controle social”?

Não responderam = 21,3%

Responderam = 78,7%

Esta questão foi construída para que se pudesse conhecer a interpretação e a construção que os sujeitos têm a respeito desta Diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e de como relacionam teoria e prática:

Novamente fui surpreendida pelas respostas ao perceber que dos 78,7% que responderam a esta pergunta apenas 25% dos sujeitos têm clareza acerca

deste conceito, os demais que responderam, ou não lembram, ou não sabem ou interpretam de uma forma sem significância ou significa desconhecer totalmente!

Fiquei surpresa também pela resposta de um dos sujeitos que para este quesito afirmou categoricamente “[...] não sei, sou dentista”, ou seja, está assistindo, é um mero expectador...”

Neste sentido é importante referenciar Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), quando afirmam que são longos os caminhos a serem percorridos na transformação da educação dos profissionais de saúde, transformar educação em ciências da saúde, mas são caminhos de descoberta e de invenção.

Freire (1986), alerta que os estudantes convivem com uma autoridade que ressurgiu cheia de testes e requisitos. A crise econômica que provoca ansiedades, um mercado de trabalho pobre, custo de vida elevado (inclusive o da faculdade), a partir deste foco logo querem saber o valor de mercado do curso e não querem cursar disciplinas de Ciências Humanas, que os fazem “perder tempo”.

Pergunta nº. 9: Qual a tua opinião sobre as políticas públicas de tua cidade?

Esta questão foi respondida por 52 dos sujeitos.

O propósito foi de interpretar a preocupação destes futuros profissionais e/ou docentes com o futuro, bem próximo, para o exercício de suas atividades bem como oportunidades para o exercício de sua profissão.

As respostas com significância fizeram uma crítica ao modelo “curativista” das políticas, a falta de atenção primária, às questões da baixa remuneração dos profissionais, aos favorecimentos dos “amigos”, a falta de acesso.

Repete-se neste quesito que os sujeitos que responderam com sentido, são os mesmos já citados anteriormente.

Esta pergunta ficou caracterizada pela ausência explícita de uma proposição para a Educação em Saúde aos usuários do SUS, uma vez que a promoção da saúde é considerada uma estratégia importante para o enfrentamento de problemas sanitários no contemporâneo e a melhoria da qualidade de vida da população em sua relação indiscutível com os compromissos éticos da política e do nosso sistema de saúde. (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004)

Pergunta nº. 10: Considerando os conteúdos e o teu aprendizado em Saúde Pública, caso fosses secretário de saúde da tua cidade, como atuarias nos casos de IRAs (infecção respiratória aguda). Escolha uma faixa etária para propor a ação a desenvolver.

Não responderam = 18,0%

Responderam = 82,0%

Esta questão foi construída com o propósito identificar o conhecimento dos sujeitos acerca de dados epidemiológicos no nosso Estado, principalmente em relação a IRAs (infecção respiratória aguda) que têm alta incidência em detrimento dos fatores climáticos, do uso abusivo do fumo dentro dos domicílios e das carências nutricionais. Estas informações são comumente e amplamente divulgadas na mídia.

As escolhas:

- **Zero a 18 meses = 50,8%**

A proposta foi de implantar ações que objetivem a redução dos índices nesta faixa etária. Nenhum dos sujeitos especificou as ações. Mas pode-se perceber, pela escolha da faixa etária, que estes têm noções das questões relacionadas a prevenção destas patologias.

- **Jovens e adultos = 26,2%** , sem sugestão.
- **Acima de 65 anos = 29,5%** também sem sugestão.

Pergunta nº. 11: Considerando ainda que esta mesma cidade apresente como indicadores epidemiológicos o incremento de Fibrose Cística, o que a equipe desta secretaria de saúde deveria fazer?

Um exemplo claro da precarização em relação ao ensino de saúde pública é a construção que os futuros profissionais da saúde e/ou docentes têm acerca de Fibrose Cística Tendo em vista que de acordo com artigo publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1:1600 nascidos vivos no Estado do Rio Grande do Sul é portador de Fibrose Cística.(<http://www.scielo.br/scielo.php/script>), acessado em 10.03.2005).

Do total de 61 questionários preenchidos, 80,3% responderam a este quesito, os demais 19,7% não responderam. A partir das respostas foi possível concluir que somente 12,4% têm conhecimento do assunto e responderam com propriedade sob o enfoque de Saúde Pública.

6.2 – Do ponto de vista qualitativo

Após a classificação e comentários das expressões literais extraídas das entrevistas, de acordo com a ordem em que foram formuladas aos participantes (Apêndice B) estão aqui apresentadas em itálico e associadas ao entrevistado, identificados como **S.** (sujeito) e numerado de **01 à 08** . O conteúdo das questões aparece em destaque precedendo as descrições cursivas correspondentes:

Para as entrevistas o delineamento inicial apontou que numa população de 61 sujeitos, 27 deles se dispuseram a concedê-las. No entanto, apenas 14, ou seja, 50% foram concluídas. Desses 14 sujeitos disponíveis, 6 responderam por e-mail, justificando a facilidade e economia de tempo que este recurso oferece. Portanto, efetivamente foram feitas presencialmente 8 entrevistas. Frente as quais ficou a sensação de “economia”, uma vez que, nas respostas, estas foram mais sucintas que as obtidas via questionário ou mesmo nas respostas dadas as entrevistas efetuadas por e-mail.

Os outros 14 sujeitos alegaram indisponibilidade de tempo ou simplesmente não deram retorno aos diversos contatos realizados.

Foram entrevistados cinco alunos da Pós-Graduação e nove dos cursos de Graduação com a seguinte distribuição:

- da Pós-Graduação: Medicina (2), e-mail; Odontologia (1), e-mail; Nutrição (1), e-mail; e Fisioterapia (1), e-mail;
- da Graduação: quatro alunos do curso de Enfermagem e cinco do curso de Medicina, sendo que um destes respondeu um por e-mail.

A análise do conteúdo segue o modelo proposto por Laville e Dionne (1999), e aconteceu em três fases:

- a) Fase da organização do material;
- b) Fase do agrupamento das categorias;
- c) Terceira fase que correspondeu à inferência e interpretações, aparecendo sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas dos questionários e a sua validação.

Como descrito no Título 5.3 desta pesquisa, na primeira fase foi organizado o material coletado orientado pelos objetivos da pesquisa. Na realidade, um trabalho de análise já vinha sendo feito, pois à medida que colhe informações o pesquisador já está elaborando sua percepção.

Na segunda fase, procedeu-se no recorte dos conteúdos e ordenação dos mesmos de acordo com sua significância e intenções da pesquisa.

Esta possibilitou a classificação e o agrupamento das expressões textuais comprobatórias correspondentes a cada categoria. É importante esclarecer que algumas questões os entrevistados preferiram não responder.

Após a classificação e comentários das expressões literais extraídas das entrevistas, de acordo com a ordem em que foram formuladas aos participantes (Apêndice B) estão aqui apresentadas em *itálico* e associadas ao entrevistado. Os conteúdos das questões aparecem em destaque precedendo as descrições cursivas correspondentes:

1. Em sua grade curricular existe a disciplina de Saúde Pública?

As respostas desta questão estão validadas nas concepções dos diferentes autores referenciados no Título 2 deste estudo. De conformidade também com o referido no item, quase todos os sujeitos responderam afirmativamente. Apenas uma informante respondeu que só existia uma disciplina semelhante, mas que não lembrava da denominação desta e nem de seus conteúdos.

Cabe ressaltar, que alunos do curso de Enfermagem estudam os conteúdos de Saúde Pública com diferentes denominações em todos os semestres ímpares, durante todo o curso.

Nos outros cursos esta disciplina também aparece com títulos diferentes, tais como: Medicina Social, Odontologia Social, Saúde Coletiva, Saúde da Mulher, do Idoso, do Adolescente, da Criança, etc.

2. O que significa (o que entende - o que pensa - o que fazer - como usar) Saúde Pública para você?

Categoria: **Saúde Pública**

Fala	Significante	Sentido
Sujeito 01	<i>Saúde para todas as pessoas</i>	Direito
Sujeito 02	<i>Solução de muitos problemas</i>	Precariedade
Sujeito 03	<i>Educação e promoção de saúde</i>	Direito
Sujeito 04	<i>Prevenção e curativa</i>	Normativa
Sujeito 05	<i>Não me marcou</i>	Insignificante
Sujeito 06	<i>Idéia bem simples</i>	Rasteiro, jornalística
Sujeito 07	<i>Educação, promoção e prevenção.</i>	Normativo
Sujeito 08	<i>Eu defendo o SUS</i>	Depende da boa vontade do sujeito

Em relação à categoria saúde pública encontramos a atribuição do sentido de um **direito**:

S.01 - “... junto com Saúde Coletiva é entender a **saúde para todas as pessoas**, num aspecto amplo, voltado para erradicar as doenças”.

S.03 -“... ações de saúde e não o entendimento dos que acham que é só hospital, eu acho que **Saúde Pública é também educação e promoção de saúde**”.

Por sua vez, há os que tomam saúde pública no sentido de **precariedade**:

S.02 -“... é como um norte para a **solução de muitos problemas** de saúde de nosso país”.

Ou ainda atribuindo um sentido **normativo**;

S.07 -“... eu considero saúde num aspecto mais amplo, não consigo me ver fora das atividades de Saúde Pública, **educação, promoção e prevenção**, referencio toda a minha atividade com o SUS”.

S.04 – “... são políticas para desenvolver a saúde como um todo, tanto na **prevenção como na curativa**”.

Percebe-se também um sentido **rasteiro e jornalístico**, veiculado na mídia e reproduzido no senso comum e destituindo a Saúde Pública de todo um processo de lutas sociais.

S.06 -“... tenho uma **idéia bem simples**, acho que quem trabalha no SUS é **altruísta**”.

Fica também evidente o lugar ocupado pela Saúde Pública no currículo da Instituição do egresso e/ou a formação ou o convencimento acerca da importância deste conteúdo para o docente.

S.05 -“... ***não me marcou***. Nunca estudei o SUS, só aprendi no cursinho para a residência”.

Pode ser constatado ainda, o sentido da Saúde Pública como algo **dependente da boa vontade do sujeito** e individualizada a partir de experiências pessoais.

S.08 -“... ***eu defendo o SUS***, pois através de seus conteúdos aprendi melhor a minha prática”.

Aqui lembro Venturelli (2000) quando aponta a importância da relação teoria e prática na construção do conhecimento, pois dessa forma, nos diz o autor, o processo educacional se transforma em uma prática mais eficiente, mas muito mais agradável onde se estabelecem novos laços entre os docentes e os alunos.

Esta experiência, por vezes, pode ser vivida como cidadão com um familiar ou como usuário dos serviços de saúde, ou seja, frente à realidade social na qual estão inseridos.

3. Consegues descrever uma situação concreta em que *aprendeste* o que é Saúde Pública?

Categoria: Aprendizagem

Fala	Significante	Sentido
Sujeito 01	Reconhecimento do território	Extra muros
Sujeito 02	Eixo temático	Extra muros
Sujeito 04	Entendi que a saúde não era só no hospital”	Extra muros
Sujeito 06	Máquina funcionava	Extra muros
Sujeito 07	Agentes comunitários	Extra muros
Sujeito 08	Pelas atividades curriculares não é possível responder, aprendi na minha trajetória.	Atividade curricular em sala .

S.08 -“... **pelas atividades curriculares não é possível** responder esta questão, pois é tudo muito fragmentado, o que sei aprendi na minha trajetória”

Ao descrever situações concretas de aprendizagem do que é Saúde Pública, fica nítido que é na atividade extra-muros, na inserção com a comunidade que só aprendizado acerca do que é Saúde Pública toma outro sentido para os sujeitos:

S.01 -“... *foi na etapa de **reconhecimento do território** quando aplicamos um plano de ação em uma UBS e então ficou claro que não é só focado em doença e sim no todo”.*

S.02 -“... *estágios de Saúde Coletiva em um morro aqui na cidade, e aí entendi porque esta disciplina é **o eixo temático** do meu curso”.*

S.04 -“... *quando nos levaram para o Postinho e então **entendi que a saúde não era só no hospital”***

Para estes sujeitos, a construção da relação entre teoria e prática aconteceu de modo simples e esta relação é reforçada por Machado e Manfroi (2006), onde afirmam que existem alunos que não conseguem evoluir, mas a partir de situações inusitadas, fora de um determinado padrão, aprendem a pensar criticamente ou a enfrentar situações novas sem pânico, de uma forma mais livre e criativa.

Por sua vez, Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) reforçam este pensamento e defendem que:

“ apesar da perspectiva crítica que os estudantes desenvolvem em suas vivências, nos cenários de serviço de saúde, é importante considerar que, se não problematizado, o entendimento que eles constroem sobre a relação entre teoria e prática corre o risco de ter como limite a apreensão do conhecimento como uma verdade – fundamento, nessa medida, absoluto da intervenção no campo profissional. A falta de problematização pode fazer a relação com a prática cotidiana se confrontar com limites à criação de novos olhares e estratégias de intervenção, já que é freqüente que o recurso aos saberes disciplinares se concretiza como valor de verdade sobre o conhecimento do mundo e não como possibilidade de engendrá-lo”

.A aprendizagem por meio das atividades extra curriculares revela ainda um reconhecimento do **outro** e seu saber.

S.07 -“... quando fizemos contato com os **agentes comunitários** é difícil, pois aprendi mais fora do curso, no movimento estudantil Ver SUS”.

No entanto esta atividade também nos revela uma concepção **coisificante** da Saúde Pública.

S.06 -“... foi quando fui para o Posto e quis entender como **a máquina funcionava**”.

As falas acima nos apontam a importância e a necessidade de retomar em outras bases o que é Saúde Pública, e insisto em que ela não pode ser pensada nos moldes atuais, fechada em sala de aula. Pois os profissionais da área de saúde sejam eles, cardiologistas, odontólogos, nutricionistas, pediatras, enfim toda uma gama de especialidades necessitam se “pensar” como profissionais de Saúde Pública.

Não basta apenas dizer a um paciente com alto índice de cárie que ele deve cuidar da alimentação, há a necessidade entre outras coisas de usar uma linguagem adequada para explicar o que ele deve fazer mas também ter claro qual a condição, o contexto em que vive este paciente e avaliar com o mesmo o que lhe é possível dentro de sua realidade.

4. A forma como estes conhecimentos foram transmitidos — ensinados, aprendido e apreendido — influenciam em seu trabalho, no exercício de suas atividades? Como e por quê?

Categoria: Ensino em Saúde Pública.

Fala	Significante	Sentido
Sujeito 01	Baseado em leituras	Teórico individual
Sujeito 02	Teoria	Teórico individual
Sujeito 03	Prevenção	Teórico ampliado
Sujeito 04	Preceptor no Posto	Teórico individual
Sujeito 05	Professores Murialdo	Teórico individual
Sujeito 06	Aulas práticas.	Extra muros/ comunidade
Sujeito 07	Aprendi mais fora do que na Faculdade,	Extra muros/ comunidade
Sujeito 08	Extra classe,	Extra muros/ comunidade

A análise destas categorias permite constatar que o ensino centrado no **teórico** e no **individual**, predomina :

S.01 -“... o nosso aprendizado está **baseado em leituras** que os professores indicaram e que completavam as aulas”.

S.02 -“... relacionando **teoria** e prática e se embasou com o conteúdo teórico”.

S.03 -“... influenciaram sim, pois o médico deve trabalhar com a **prevenção**”.

S.04 -“... aprendi com o **preceptor no Posto**, o nosso professor nunca foi lá”.

S.05 -“... os **professores** do Murialdo e da Medicina de Família eram bons, os outros nunca apareciam lá”.

O ensino significativo está colocado na comunidade e no fazer ficando explícita a importância do papel do docente na construção de conhecimentos e embasado no referencial teórico se confirma o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001): que o aluno deve ser colocado no centro do processo ensino-aprendizagem e mesmo que não seja o professor titular que tenha este comportamento o aluno consegue diferenciar o professor que o acolhe daquele que somente transmite teorias.

S.06 -*"... nas **aulas práticas**. Fui muito influenciada pelo professor de Medicina da família".*

S.07 -*"... **aprendi mais fora do que na Faculdade**, por interesse meu, mas os conteúdos da disciplina acrescentaram alguma coisa".*

S.08 -*"... o professor oficial não influenciou, depois em uma outra atividade **extra classe**, fiquei amigo de outro, e daí me identifiquei".*

Para Anastasiou e Alves (2003), ensinar contém, em si, duas dimensões: uma intencional e uma de resultado, ou seja, a intenção de ensinar e a efetivação dessa meta pretendida. Estes alunos anunciam a efetivação da aprendizagem realizada, localizando onde e com quem.

Sob este prisma, algumas práticas discursivas levam a considerar necessário questionar a compreensão da relação teoria-prática que pode estar presente na inserção do ensino de graduação nos serviços de saúde.

5. Durante o período desta disciplina o professor aproveitou (acolheu) algum exemplo trazido pelos alunos e os relacionou com os conteúdos da disciplina

Todos os entrevistados responderam afirmativamente esta questão, apenas um comentou "que o professor só não respondia quando o exemplo saía totalmente fora do assunto".

De acordo com Machado e Manfroi (2006), o professor não é o detentor do grande conhecimento, ele sabe muita coisa, mas o aluno também sabe, ele traz consigo conhecimentos dos mais diversos e é a partir da discussão destes que se embasam os outros saberes.

6. As aulas desta disciplina, para você, eram dinâmicas ou monótonas; leves ou enfadonhas?

Categoria: percepção da aula – método

Fala dado	Sign	Significante	Sentido
Sujeito 01		Interessantes mas monótonas	Positivo
Sujeito 03		Vamos para outro lugar	Positivo
Enfadonhas		S.04 -“.. estas aulas são enfadonhas e poderiam ser mais proveitosas e poderíamos aproveitar mais, mais ativas”.	Negativo
Sujeito 05		Monótonas	Negativo
Sujeito 06		Seria mais interessante se ele trouxesse exemplos reais.... Horrível	Negativo
Sujeito 07		Só a lei	Negativo
Sujeito 08		Ninguém dava bola porque esta disciplina não reprova.	Negativo

Predomina a percepção das aulas num sentido **negativo**, pois, distante da realidade e centradas numa perspectiva **legalista, normativa**, apontando para um equívoco em relação à Saúde Pública e reforçando a visão dominante sobre a mesma:

S.04 -“.. estas aulas são **enfadonhas** e poderiam ser mais proveitosas e poderíamos aproveitar mais, mais ativas”.

S.05 -“... ele traz conteúdos que não interessam, **monótonas**, não se aproveitou nada”

S.06 -“... **seria mais interessante se ele trouxesse exemplos reais** para a sala de aula, **horrrível** era só estatística”.

S.07 -“... era **só a lei 8080** que discutia transição do SUS”.

S.08 -“... ninguém dava bola porque esta disciplina **não reprova**”.

Em outras falas transparece o desejo dos alunos por aulas que relacionem teoria e prática. E valho-me de Anastasiou e Alves (2003) quando afirma que na realidade da sala de aula pode ocorrer a compreensão, ou não, do conteúdo pretendido, a adesão, ou não, a formas de pensamento mais evoluídas, a mobilização, ou não, para outras ações de estudo e aprendizagem.

Educar em Saúde, na visão de Batista (2004) requer a concepção, a implementação e a avaliação de um sistema de natureza multidisciplinar, organizado para facilitar o ensino e aprendizagem em torno da tríade ensinar-aprender-assistir.

S.03 -“... quando **vamos para outro lugar** acho as aulas **dinâmicas**”.

7. O que você aprendeu, guardou e usa como conteúdo de Saúde Pública para o seu exercício profissional:

Categoria: Conteúdo

Fala	Significante	Sentido
Sujeito 01	Relação ao paciente,	Relacionamento
Sujeito 02	Desmistificar o SUS,	Conhecimento
Sujeito 03	Educação e prevenção	Conhecimento
Sujeito 04	Que não é só hospital	Conhecimento
Sujeito 05	Fiz amizades com os pacientes	Relacionamento
Sujeito 06	Máquina funcionava	Processo

Sujeito 07	Influenciaram	Conhecimento
------------	----------------------	--------------

Anastasiou e Alves (2003) afirmam que aprendizagem exige compreensão e apreensão do conteúdo pelo aluno, é essencial a construção de um **conjunto relacional**, de uma **rede**, de um **sistema**, em que o novo conhecimento apreendido pelo aluno amplie ou modifique o sistema inicial, a cada contato.

S.01 - “... o que aprendi é com **relação ao paciente**, se a gente demonstra interesse por ele dá retorno”.

S.02 - “... **desmistificar o SUS**, que ele não é só Postinho e 90% da população não sabe disto”.

S.03 - “... que é **educação e prevenção**”.

S.04 - “... que **não é só hospital**”.

S.05 - “... fiz **amizades com os pacientes no Postinho**”

S.07 - “... **influenciaram toda a minha vida profissional**”.

Por outro lado repete-se um sentido de **coisificação** da Saúde Pública.

S.06 - “... aprendi como a **máquina** funcionava”.

8. Em poucas palavras, diga de seu encanto e/ou desencanto com relação a esta disciplina.

Categoria: Encanto e/ou Desencanto.

Fala	Significante	Sentido
Sujeito 01	O que cada um faz é importante	Individual - Positivo
Sujeito 02	Atores deste processo.	Processo - coletivo, Positivo.
Sujeito 03	Desencanto, mas <i>encantei com o lado humano</i>	Positivo
Sujeito 04	Desencanto	Negativo
Sujeito 06	Encanto Desencanto	Positivo Negativo
Sujeito 07	Encantamento porque é de todos	Positivo - direito cidadania
Sujeito 08	Não há dialogo com a realidade	Negativo

Ocorreu a construção da percepção da importância da dedicação individual, do comprometimento de cada um com o olhar no coletivo, de uma atuação profissional (co) responsável e independente do contexto.

Faz parte do papel do docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo. Professor que pensa certo deixa transparecer aos alunos que uma das bonitezas de nosso viver no mundo e com o mundo, é a nossa capacidade de intervir no mundo, através de nosso conhecimento. (FREIRE, 1997).

S.01 -“... gosto do que eu faço, e sei que devo **estudar mais**. Sei também o SUS é perfeito no papel, mas não dá conta da realidade, **mas o pouco que cada um faz é importante**”

S.02 -“... encanto vem quando a gente começa a entender o valor desta disciplina na nossa formação e que somos **atores deste processo**”. O desencanto é com a burocracia e com os desvios de grana”.

S.03 -“...**desencanto** com a falta de seriedade dos governos para com a saúde. Me **encantei com o lado humano**, mas me desencantei com as carências”

S.07 -“... **encantamento total porque é um direito de todos**, mas dentro da nossa Faculdade é triste, a abordagem é um descaso, deturpação, distorção. O que aprendi fora foi mais lindo”.

Os depoimentos dos demais sujeitos (re) afirmam que o ensino desta disciplina é predominante tradicional, desconectando teoria e prática. A tendência é que ocorra o desinteresse dos alunos com relação aos seus conteúdos.

S.04 -“... **o desencanto** é com a falta de seriedade dos governos para com a saúde”.

S.06 -“... me **encantei** com o lado humano, mas me **desencantei** com as carências “.

S.08 -“...a Faculdade não determina nada, nem encanto nem desencanto, pois se eu lincar a faculdade com a formação extra classe vejo que existe uma lacuna, pois **não há dialogo com a realidade, não existe uma relação entre prática e teoria**. A faculdade só prepara para o setor privado e não vê no público é que se trabalha e aprende de verdade”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da temática central deste estudo e após a análise, interpretação e discussão dos resultados da pesquisa, é possível afirmar que o objetivo geral proposto, qual seja: “identificar as metodologias utilizadas no ensino da disciplina de Saúde Pública nos cursos da área da saúde e as concepções presentes na formação dos profissionais destes cursos”, foi contemplado, o que possibilita concluir quanto aos objetivos específicos o que segue:

Dos modelos pedagógicos utilizados na disciplina de Saúde Pública ficou claro que a maioria dos docentes, para o ensino desta disciplina, transitam entre os modelo tradicional de ensino, ensino este que desconecta teoria e prática, centrado no teórico, no individual, seja ele o da racionalidade, fechado em si mesmo - solipsista, ou o empírico que acredita na experiência como forma de saber, ou ainda, o historicista que se estabelece através de ações e de experiências. Nesta medida proponho um outro modelo, cuja proposta pedagógica permita construir um vínculo com o saber através da interação do profissional de saúde com o outro; onde possa perceber este outro na sua realidade social, e desta forma compreendê-lo nos seus elementos de diferenciação e singularidade , em seus fazeres, carências, cultura, na sua realidade e desta forma estabelecer uma relação humanizada que considera o outro não porque se deve “amar o próximo como a si mesmo”, Mas amar o outro porque ele é igual a mim.

Nestas reflexões, lembro do “grande paradigma do Ocidente” formulado por Descartes e historicamente implantado na história humana a partir do século XVII, o paradigma cartesiano que coloca em esferas dissociadas o sujeito e o objeto; a filosofia e a pesquisa reflexiva; a ciência e a pesquisa objetiva.

Sujeito/Objeto	Alma/Corpo
Espírito/Matéria	Qualidade/Quantidade
Finalidade/Causalidade	Sentimento/Razão
Liberdade/Determinismo	Existência/Essência

A proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais de integração destes saberes, bem como o ensinamento dos diferentes autores que embasaram este estudo não está sendo respeitada, ou não é conhecido ou, ainda, não é acreditado como possibilidade concreta no ensino desta disciplina.

Parece estar sendo ignorada também a necessidade de promover a capacidade de apreender o conhecimento. A predominância do ensino fragmentado impede que se operacionalize o vínculo entre as partes e o todo, entre a teoria e a prática.

E, se ensinar exige respeito, por que não discutir com os alunos a realidade concreta a que se deve associar a disciplina cujo conteúdo se está ensinando? Por que não estabelecer uma relação entre os saberes curriculares e a realidade social que estes alunos têm como pessoas e como futuros profissionais da área da saúde?

Ao docente cabe mostrar e demonstrar ao aluno a condição humana, que ao mesmo tempo é física, biológica, psíquica, cultural, social, histórica. Nas disciplinas de Saúde Pública a natureza humana aparece desintegrada da educação e é complicado aprender o significado do ser humano. Esta postura tende a levar os alunos ao desinteresse e ao desencanto com relação aos conteúdos das mesmas.

Portanto, quanto a este quesito inicialmente proposto, verifica-se que necessário se faz uma formação pedagógica dos docentes da área da saúde em Saúde Pública, a partir de metodologias que propiciem uma implicação política aos próprios docentes e aos alunos, acerca de seus saberes e práticas, objetivando a construção de novas posturas. E partindo do pressuposto das biociências que descobriram que a vida é, basicamente, uma persistência do

processo de aprendizagem, educar significa defender vidas. E, portanto, o profissional da saúde deve ser um educador.

Das concepções e do significado de saúde pública que os alunos constituíram posso afirmar, de acordo com os índices e demais dados apresentados, que os mesmos percebem os conteúdos de Saúde Pública e do nosso sistema de saúde em conformidade com as metodologias utilizadas, isto é, da mesma forma como os professores trabalham, os alunos não se percebem acolhidos por eles e conseqüentemente, tenderão a repetir esta atitude em seu fazer profissional.

O pequeno número de questionários devolvidos, por si só já caracteriza um descaso com esta disciplina. Um número menor ainda de alunos que aceitaram continuar a pesquisa através da entrevista e, após, a não-disponibilidade de tempo para fazê-la, sugere uma desconsideração, ora com os conteúdos de Saúde Pública, ora com eles próprios, enquanto profissionais de saúde e alunos da Graduação e da Pós-Graduação que não se vêem inseridos como profissionais na Saúde Pública, nem como docentes e menos ainda como pesquisadores.

De acordo com os significados que estão fundamentados e justificados neste estudo é possível afirmar, ainda, que um número muito pequeno destes sujeitos sabe, conhece e percebe o verdadeiro significado de saúde pública e que estes são, de acordo com o documentado, sempre os mesmos, do mesmo curso e da mesma Instituição de Ensino Superior, o que pode induzir a se pensar que o trabalho dos professores e professoras desta disciplina nesta Instituição e neste curso, se diferencia dos demais, encantando os alunos.

Este dado preocupa e sinaliza que muitos docentes estão ministrando aulas meramente expositivas, com ênfase simplesmente naquilo que a legislação preconiza em sua forma escrita, independentemente de como ela se constituiu,

fragmentada e descontextualizada ou, ainda, muito menos se discute como é que se implementa esta legislação no seu *locus* de vida pessoal e profissional. Esta formação fragmentada reforça o modelo da sociedade brasileira, centrada no papel, no diploma, na certificação pela certificação, mas que não resolve nenhum problema real, não contempla a realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro, ou mesmo as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Por fim, retomo a tese anunciada “identificar as lacunas existentes nos modelos pedagógicos do ensino da disciplina de Saúde Pública e as concepções que se constituem a partir destes na formação de profissionais da saúde”.

Com a certeza de que educar é fazer emergir vivências do processo de conhecimento, e não simplesmente aquisição de conhecimentos supostamente já elaborados e disponíveis, cito Albert Einstein quando afirma que a arte suprema do mestre consiste em despertar o gozo da expressão criativa e do conhecimento. A utilização de metodologias ativas pode oportunizar encantamentos aos alunos da disciplina de saúde Pública para a formação dos profissionais da saúde.

Diante disso pergunto: o que é ser professor? Na busca desta resposta encontrei muitas definições, mas por uma questão de identidade pessoal, adotarei como base o preconizado por Paulo Freire, no livro *Política e Educação*, 1997, onde afirma que “ser professor é gostar de ensinar e aprender”, e continua, “é ter dúvidas, inquietações, uma certeza de que as coisas estão sempre se fazendo e se refazendo”.

No meu entendimento, querer ser professor em saúde é desejar ir além das inquietações, é compreender que ensinar é também aprender, mas o mais importante, é que é uma forma de cuidar de muitas pessoas ao mesmo tempo, multiplicar-se em seus alunos por meio de seus conhecimentos e vivências. É demonstrar através de nossa prática que construimo-nos no nosso cotidiano.

Assim aprender e ensinar são vivências de processos tanto para o professor como para o aluno.

E concordando com Edgar Morin, (1999) onde afirma que necessitamos civilizar nossas teorias, ou seja, desenvolver novas teorias abertas, racionais, críticas, reflexivas, autocríticas, aptas a se auto-reformar. (modelo humanizado)

Os resultados apontam que as possibilidades de erro e de ilusão são múltiplas e permanentes, mas o eixo da educação é buscar construir processos de aprendizagem nos quais apreender é percorrer hipóteses ascendentes, crescentes em ajustamento lógico do conteúdo, mas sempre, muito lógico do ponto de vista científico (racionalidade). Mas apreender fundamentalmente que em Saúde Pública é poder transitar durante algum tempo entre o não correto do ponto de vista científico final. Mais adequado na perspectiva política do direito a ter direitos e nesse sentido Saúde Pública (outra vez) não poderá ser adjetivada.

Com a certeza de que Saúde Pública não pode ser pensada nos moldes atuais, fechada em sala de aula. Argumento que o docente deve sair da segurança do espaço restrito da sala de aula ou do sabido e inserir-se na comunidade e desta maneira fazendo Saúde Pública o aluno/profissional ou o docente/profissional deparar-se-ão com a incompletude, e na incerteza e na fragilidade ir em busca, ao encontro, do outro, que pode ser a equipe.

Esta escolha demanda saber e desejo de construir conhecimento. Ou seja, falar de vínculo como uma relação de objeto, é convir que os objetos de saber, ensinados na escola, devem estar investidos de desejo para serem apropriados. Aceitar saber é aceitar desejar saber.

Pode-se dizer que “ainda bem que o ensino de Saúde Pública, não prepara adequadamente o profissional de saúde”, por que isso abre possibilidades de contínuo aprimoramento tanto do quadro docente como também pela incorporação de outras perspectivas políticas e teóricas sobre Saúde Pública. A

incorporação de uma perspectiva mais plural permite que a cegueira corporativa seja solucionada pelo trabalho em equipe multidisciplinar .

Em função disso acredito ser importante, do apresentar soluções prescritivas é insinuar alguns questionamentos para reflexão.

- a) os docentes desta disciplina ensinam Saúde Pública como um conceito abstrato e dissociado da realidade social vigente, promovendo o desencanto?
- b) quais os compromissos desses, do ponto de vista formal, com a realidade social em que estão inseridos; envolvem-se e se importam com Saúde Pública?

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	ANO: 2005											
	Mês de Execução											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Cumprimento de créditos curriculares			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisão da literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Análise e interpretação de informações bibliográficas e empíricas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Redação do projeto de tese	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x
Revisão de texto e qualificação do projeto	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-
Defesa de tese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ATIVIDADES	ANO: 2006											
	Mês de Execução											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Cumprimento dos créditos curriculares			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisão da literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados Análise	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Análise e interpretação de informações bibliográficas e empíricas	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Redação e Defesa da Tese	x	x	x	x	x	x	x	x				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACIOLE, G. G. **Uma abordagem da antinomia pública x privada: descortinando relações para a saúde coletiva.** Revista Interface, v.10, n.19, p. 7-22, 2006.
2. ALMEIDA, C ; BURLANDY, L. **A opção estruturalista em Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, (mimeo), 1991.
3. ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C.G.J. de; LISBOA, C.A. **Distritos Sanitários: concepção e organização.** São Paulo: IDS, NAMH/FSP, USP, 1998. (Saúde e Cidadania)
4. ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na Universidade.** Joinville: Univille, Santa Catarina, 2003.
5. ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Universidade estadual de Londrina, Abrasco, 2001, 268 p.
6. ARROYO, M.G. **Ofício de Mestre – Petrópolis – RJ.** Vozes, 2002, 252 p.
7. ASSMANN, H. **Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente.** Petrópolis: Vozes, 8 ed., 2004, 251 p.
8. BARBOSA, S.. **Cidadania, saúde bucal e o S.U.S.** Brasília: Revista Saúde em Debate, v. 39 nº. 1, junho 1993, p. 70-71.
9. BATISTA, N. A. **Desenvolvimento docente na área de saúde: uma análise.** São Paulo: Revista Trabalho, Educação e Saúde, v.3 nº.2,2005, p.283-294.
10. BATISTA, N. BATISTA, S.H., **Docência em saúde – temas e experiências -** ed. Senac SP 2004 – 284 p.
11. BECKER, F. **A epistemologia do professor: o cotidiano da escola.** 10 ed., Petrópolis: Vozes, 2002, 335 p.
12. BERLINGUER, G. **Medicina e Política.** São Paulo: Hucitec, 1978, 199 p.
13. BODSTEIN, R.C. A. **Condições de saúde e práticas sanitárias no Rio de Janeiro 1830-1930.** Dissertação de Mestrado. Instituto Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ, 1984.
14. BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/ Câmara de

- Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologa em 03/10/2001, parecer CES 1.133/2001, resolução CNE/CES nº. 4, de 07/11/2001, (resolução on line em <<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04doc>>;<<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04doc>>
15. CAMPOS, G.W. de S., **Modelos de atenção em saúde pública – um modo mutante de fazer saúde** – revista Saúde em Debate, Brasília, v 37. dezembro de 1992, p.16-19.
 16. CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. **Avaliação da política nacional de promoção de saúde**. [s.l.]: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.9, 2004, 9. 745-749.
 17. CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Botucatu: Interface, v.9, n.16, 2005, p.161-177.
 18. CYRINO, E.; PREARO A.Y.; DEZAN E.B.; *et al.* **A universidade na comunidade – educação médica em transformação** Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005, 163 p.
 19. COHN, A.; ELIAS, E.P., JACOBI, P.; **Participação popular**. Brasília: Revista Saúde em Debate, v. 38, março 1993, p. 90-93.
 20. CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde** *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, 2001 p.319-328.
 21. CORDONI, Jr. **Medicina Comunitária – emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, FMUSP, 1979.
 22. COUTINHO, C.N.; NOGUEIRA, M.A. **Gramsci e a América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988, p.153-169.
 23. CUNHA, M. I. **O professor e sua prática**. São Paulo: Papyrus, 1989, 370 p.
 24. DÂMASO, R. **Saber e práxis na Reforma sanitária avaliação da prática científica no movimento sanitário**. In *Reforma sanitária em busca de uma teoria* (S. F. Teixeira, org.), p. 61-90, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 61-90.
 25. DINI, P.; BATISTA, N. A. **Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano**. São Paulo: Revista Brasileira de Educação Médica, v.28, 2004, p. 198-203.
 26. FEUERWERKER, L.C.M. **A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Revista

- Divulgação em Saúde para Debate, Cebes, nº.22, 2000, p.18-24.
27. FEUERWERKER, L.C.M. **Alem do discurso da mudança na Educação Médica**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 306.
 28. FREIRE, M. et al. **Grupo, indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento**. 2 ed., São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997, p.19.
 29. _____, **Política e educação - a educação para adultos hoje, algumas reflexões** 3 ed. , São Paulo: Cortez, 1997 , 110 p.
 30. _____. **Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa**. 5 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1997, 159 p.
 31. _____. **Pedagogia da Indignação - cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2000.
 32. _____. **Medo e ousadia – o cotidiano do professor**. 11 ed., São Paulo: Paz e Terra, 224 p.
 33. FRIGOTTO, G. **Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: Impasses teóricos e Práticos**: In: Gomez, Carlos M. *Trabalho e Conhecimento: Dilemas na educação do Trabalhador*. São Paulo: Cortez. 1989, p. 8.
 34. FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; (orgs.) **Teoria e educação no labirinto do capital**. Petrópolis: Vozes, 2001, 188 p.
 35. GARCIA J. C. **La educación médica en la América Latina**. OPAS/OMS, 1972, Publicação Científica, nº.255, 413p.
 36. GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à pesquisa em saúde**, [s.l.]: Dacasa, 2000, 180 p.
 37. KASPER, E. **Gestão Pública da odontologia - dificuldades e perspectivas**. Porto Alegre: UFRGS, Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS, v.43, nº.2 , 2002, p.35.
 38. KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. **The action researcher planner**. Geelong: Deakin University Press, 1990.
 39. KOMATSU, R.S., **Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso**. São Paulo: Rede Unida e Abem, 2003. 188 p.
 40. KUENZER, A. **Pressupostos para a elaboração propostas de educação de trabalhadores no âmbito da reestruturação produtiva**. Informe de pesquisa

– Setor Educação – UFPR, mimeo. [s.d.]

41. KUHN, T., **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005, 256 p.
42. LAVILLE, c., DIONNE, J., **A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Minas Gerais: Artmed, 1999, 339 p.
43. MACHADO, C.L.B. Manfroi W. (org.) **Prática educativa em medicina**. [s.l.]: Dacasa, 2005, 172 p.
44. MACHADO, R.; LOUREIRO, A. & MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
45. MARTINS, M.A., **Editorial da revista Brasileira de Educação Médica**, acessado no site <<http://www.abem-educmed.org.br.pdf>>, V. 29, em 31.12.2006.
46. _____. **Editorial da revista da ABEM**, 2005, vol. 29 p, acessado no site <<http://www.abem-educmed.org.br.pdf>>, V. 29, em 31.12.2006.
47. MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**, acessado no site <<http://www.lappis.org.br>>, em 23.01.2005.
48. MEHRY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. 2 ed., Campinas: Papirus, 1985.
49. _____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, 190 p.
50. MENDES & V. **O processo de construção do SUS: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária**. Bogotá: OPAS, 1992, mimeo.
51. MÉSZÁROS, I., **A educação para além do capital**. São Paulo: Bontempo 2005, p. 79.
52. MINAYO, M.C. S. (org). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994, 67 p.
53. MINAYO, M.C. S – **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed., São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2000, 270 p.
54. NUNES, E. D. **Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro 1890-1934**. Dissertação de mestrado em História, apresentada no Instituto de Ciências Humanas e Filosofia na UFF, Niterói, 1984.

55. MORIN, E. – **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. UNESCO, 1999.
56. NUNES, E. D. **Sobre a história da Saúde Pública – idéias e autores**. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, RJ. v.5 , 2000, p.251-265.
57. OLEABUENAGA, J. I. R., **Metodologia de la investigación cualitativa**. 3 ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
58. OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. **60 anos de história da Previdência Brasil**. . (In) *previdência social*. 2 ed., Petrópolis: Vozes, 1986.
59. PAIM, J.S., ALMEIDA FILHO., **Saúde Coletiva: uma nova saúde pública**. Rio de Janeiro: Revista Saúde Pública, v. 32, 1998, p. 299-316.
60. PAIM, J. S., **O SUS no ensino médico: retórica ou realidade?** São Paulo: Revista Divulgação, v. 14, 1996, p. 56-65.
61. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, 211 p.
62. _____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. 307 p.
63. PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B., MATTOS, R.A. (orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, Abrasco, 2006, 333 p.
64. _____. **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS** Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, Abrasco, 2006, 153 p.
65. ROUQUAROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed., Rio Janeiro: MEDSI, 1994, 517 p.
66. **SITES CONSULTADOS:**
- < <http://www.famema.br>>, acessado em 05.02. 2005.
- <http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0034-7299/ing_pt/nrm_iso>, acessado em 10.03.2005.
- <http://www.bireme.br/php/index.php>, acessado em 16.03.2005
67. TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1998.

68. TEIXEIRA S.F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** Rio Janeiro: ABRASCO, 1989. 232 p.
69. TRIVIÑOS, A.N.; OYARZABAL et al (org.). **A formação do educador como pesquisador.** Porto Alegre: UFRGS, 2003, 174 p.
70. VENTURELLI, J. **Educación Médica - nuevos enfoques, metas y métodos.** E.U.A.: OPAS, 2003, 250 p.
71. WADSWORTH, B.J., **Piaget para o professor da pré-escola e 1º. Grau - ed.** Pioneira Ciências Sociais, 1987.

ANEXO

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., RG..... abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação, na condição de (sujeito objeto de pesquisa) que fui devidamente esclarecido do projeto de Pesquisa para a Tese de Doutorado intitulado Metodologias ativas na formação de profissionais em saúde pública, desenvolvido pela Doutoranda Elisabete Kasper, quanto aos seguintes aspectos:

- a) Justificativa: pesquisa para a Tese de Doutorado;
Objetivos: identificar as metodologias utilizadas no ensino da disciplina de Saúde Pública;
Procedimentos: através da análise de dados obtidos de um questionário que deverá ser preenchido por cada um dos sujeitos objetos da pesquisa.
- b) Desconfortos e riscos possíveis: a participação nesta pesquisa é de livre e espontânea vontade. Não representando riscos e nem desconforto para quem não desejar dela participar e mesmo depois de assinado o TCLE poderá ser solicitado o desligamento deste estudo sem penalização alguma.
- c) Após a coleta e análise dos dados, os resultados serão de livre acesso a quem os desejar e é garantido a todos os participantes todo e qualquer esclarecimento antes e durante a pesquisa. Para tanto poderão ser feitos contatos através do endereço eletrônico: bethycade@cpovo.net.
- d) Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhes absoluta privacidade;
- e) Este TCLE foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- f) Este TCLE será assinado em 02 (duas) vias, uma ficará com o pesquisado e outra com o pesquisador.
- g) DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

SEXO: M () F ()

ENDEREÇO:, nº..... aptº.....

BAIRRO..... CIDADE..... CEP:..... TELEFONE.....

e-mail:.....

ASSINATURA DO DECLARANTE: _____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR:

DECLARO, para fins de realização desta pesquisa, ter elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização deste estudo..

Porto Alegre,.....,2006.

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

ELISABETE KASPER

APÊNDICES

APÊNDICE A

Modelo de questionário

Sexo: F () M ()

Idade:..... (anos)

Qual o semestre que estás cursando?.....

Exerces atividade remunerada? Sim () Não ()

Trabalhas na área de saúde? Sim () Não ()

Moras só? Sim () Não () Com quantas pessoas: ()

Para contatos: e-mail..... Telefone : ()

QUESTÕES

1. Lembras o nome do (a) professor(a) desta disciplina ?

2. No decorrer do semestre, este professor (a) de Saúde Pública aceitou trocar a atividade prevista por um outro tema, relacionada ou não com os conteúdos da disciplina?
 Sim () Não ()

3. Este professor (a) aproveitou (acolheu) exemplos trazidos pelos alunos e os relacionou aos conteúdos da disciplina de Saúde Pública?
 Sim () Não () Não lembro ()

4. Este professor (a) estimulou aos alunos para se envolverem com os problemas de saúde pública da tua comunidade? Exemplifique.

5. Este professor (a) percebeu se algum colega teu estava com problemas?
Sim () Não () Não lembro ()
6. Tu pudeste contar com este professor (a) para "bater papo" em horários e locais diferentes dos da sala de aula?
Sim () Não ()
7. Este professor (a) é uma referência importante na tua visão de Saúde Pública?
O que aprendeste de mais significativo com ela?
8. O que entendes por "Controle Social".
9. Qual tua opinião sobre as políticas de saúde de tua cidade. Tua opinião é a mesma de teus amigos, de teus vizinhos, de teus parentes, enfim de teu grupo social?
Sim () Não ()
10. Considerando os conteúdos e o teu aprendizado em Saúde Pública, caso fosses Secretário de Saúde, da tua cidade, como atuarias nos casos de IRAs, (Infecção Respiratória Aguda)?
Escolha uma faixa etária para propor a ação a desenvolver:
de 0 a 18 meses
ou de jovens e adultos
ou acima de 65 anos
11. Considerando ainda que esta mesma cidade apresente como Indicadores Epidemiológicos, nos últimos 05 anos, o aumento na Incidência de Fibrose Cística, o que a equipe desta Secretaria de Saúde deveria fazer?
12. Para completar esta pesquisa, aceitarias ser entrevistado?
Sim () Não ()

APÊNDICE B

Roteiro das entrevistas

- 1) Em sua grade curricular existe a disciplina de Saúde Pública? Em caso negativo: qual a disciplina que a substitui?
- 2) O que significa (o que entende - o que pensa - o que fazer - como usar) Saúde Pública para você?
- 3) Consegues descrever uma situação concreta em que aprendeste o que é Saúde Pública?
- 4) A forma como estes conhecimentos foram transmitidos, (ensinados aprendido e aprendido) influenciam em seu trabalho, no exercício de suas atividades? Como e por quê?
- 5) Durante o período desta disciplina o professor aproveitou (acolheu) algum exemplo trazido pelos alunos e os relacionou com os conteúdos da disciplina?
- 6) As aulas desta disciplina, para você, eram dinâmicas ou monótonas; leves ou enfadonhas?
- 7) O que você aprendeu, guardou e usa como conteúdo de Saúde Pública para o seu exercício de sua profissional?
- 8) Em poucas palavras, diga de seu encanto e/ou desencanto com relação a esta disciplina.

APÊNDICE C

Gráficos Demonstrativos dos Dados Levantados Pela Pesquisa

Gráfico 1

População-alvo da Pesquisa Conforme o Gênero

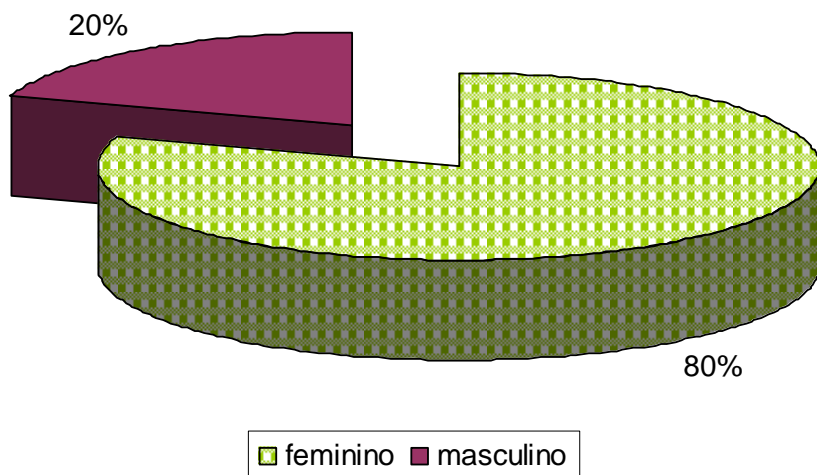


Gráfico 2

Idade da População-Alvo Pesquisada

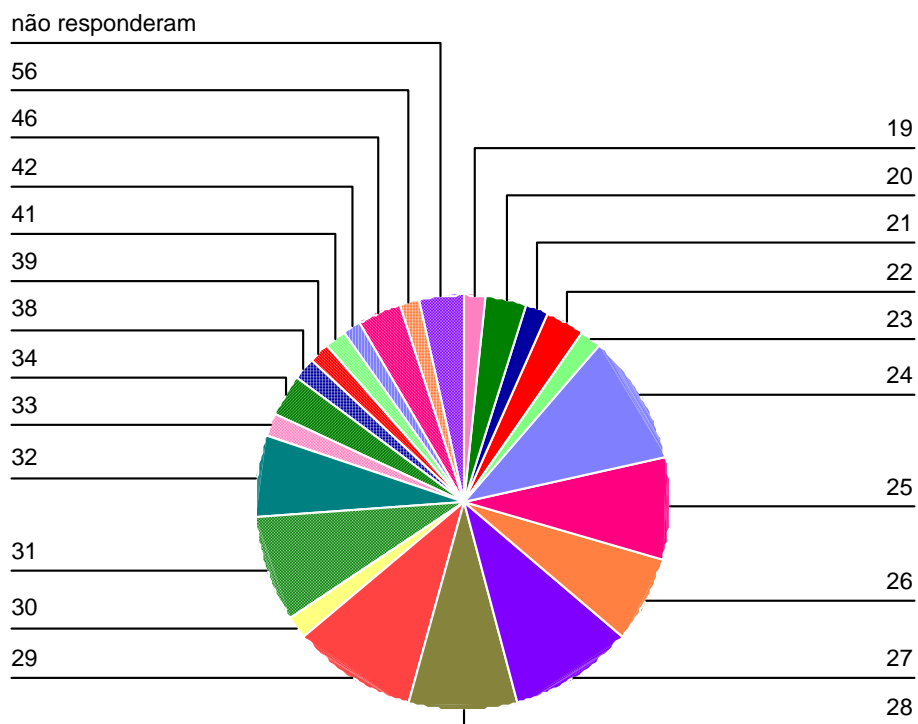


Gráfico 3

Percentual da População-alvo Pesquisada por Semestre Cursado

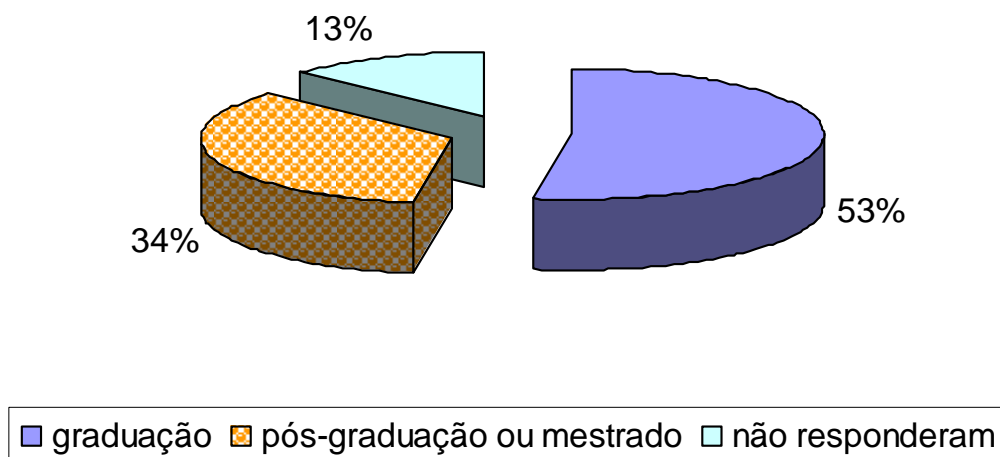


Gráfico 4

Percentual da População-Alvo Conforme Atividade Remunerada

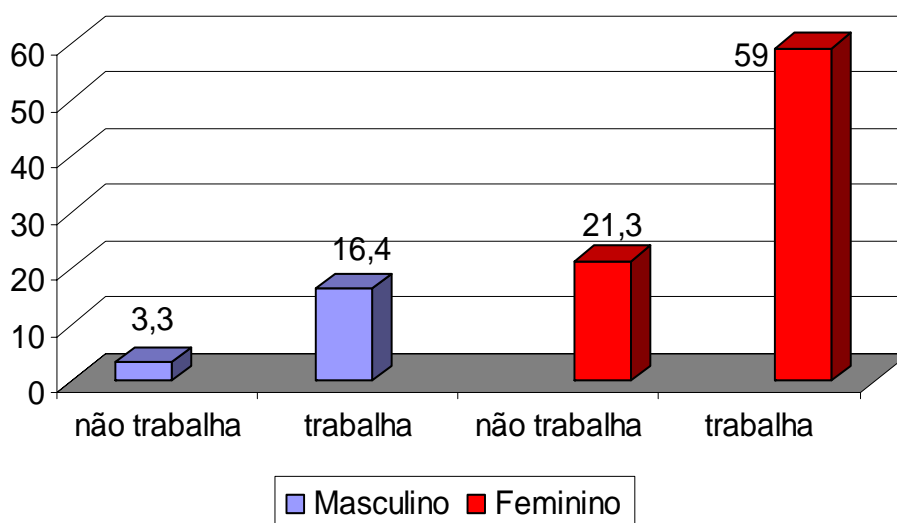


Gráfico 5

**Percentual da População-Alvo
por Atividade Remunerada na Área da Saúde**

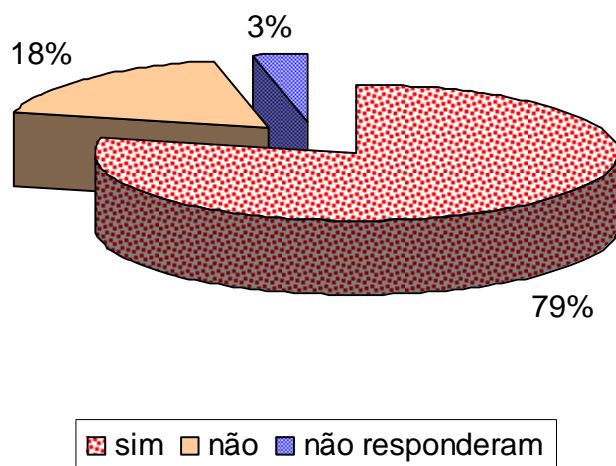


Gráfico 6

**Dados Percentuais da População-Alvo
Sobre Morar Só ou Acompanhado**

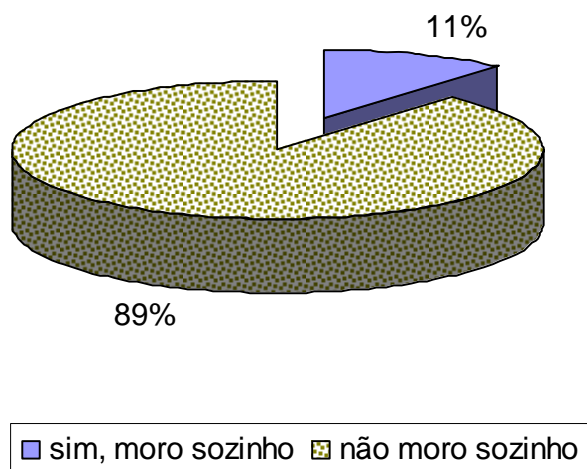


Gráfico 7

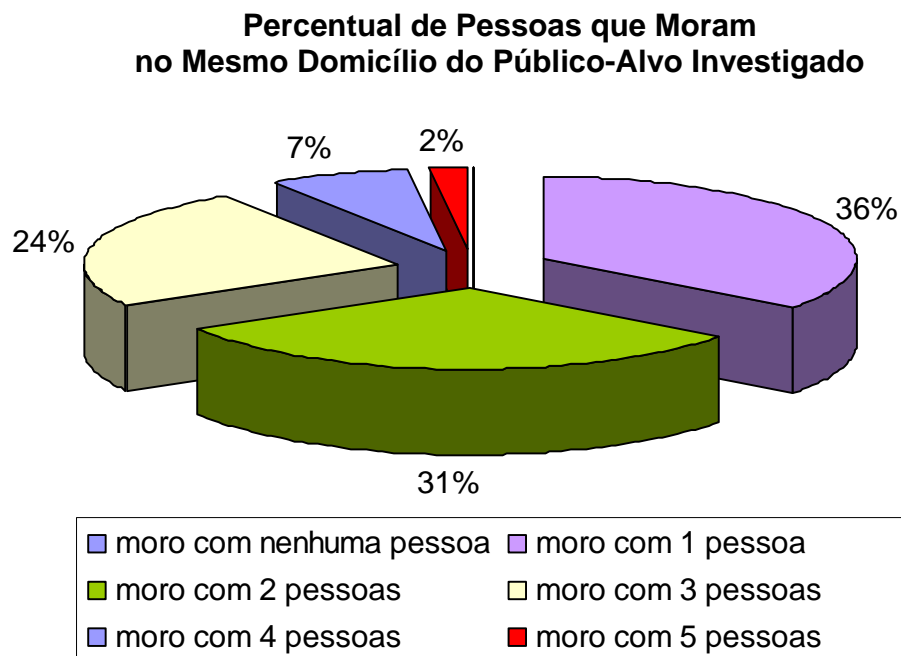


Gráfico 8

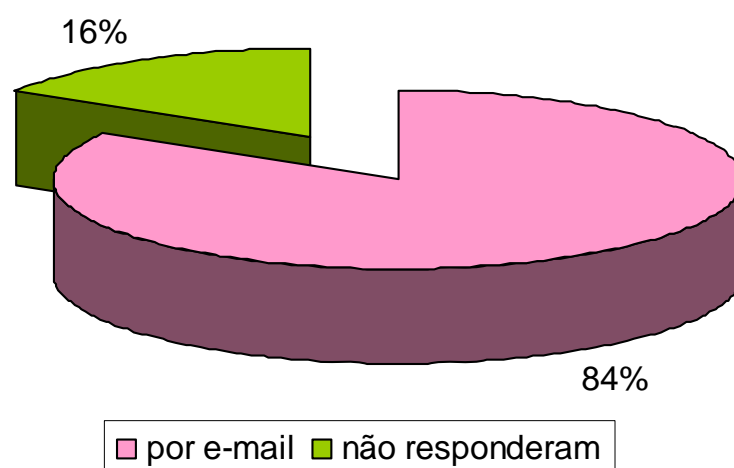
Percentual de Pessoas Investigadas Conforme Contato por E-mail

Gráfico 9

Percentual de Pessoas Investigadas Conforme Contato por Telefone

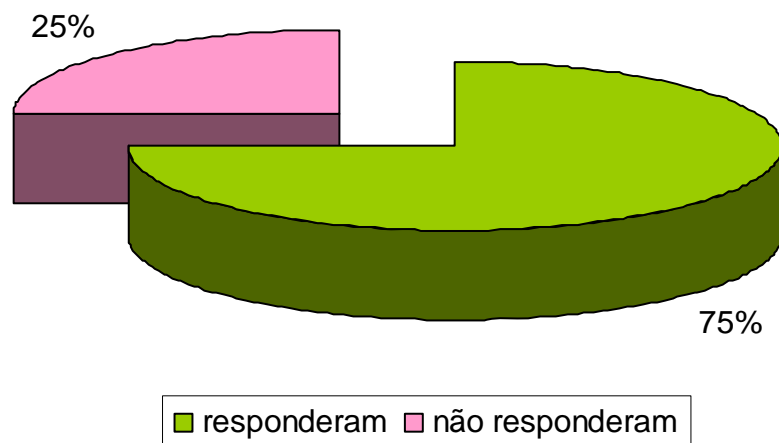


Gráfico 10

Faixa Etária da População-Alvo Investigada em Percentual

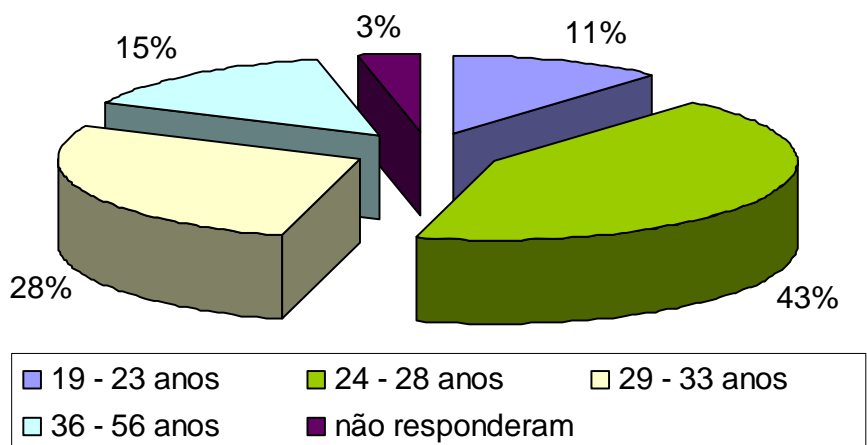


Gráfico 11

Percentual do Público-Alvo Que Lembra ou Não do Professor da Disciplina

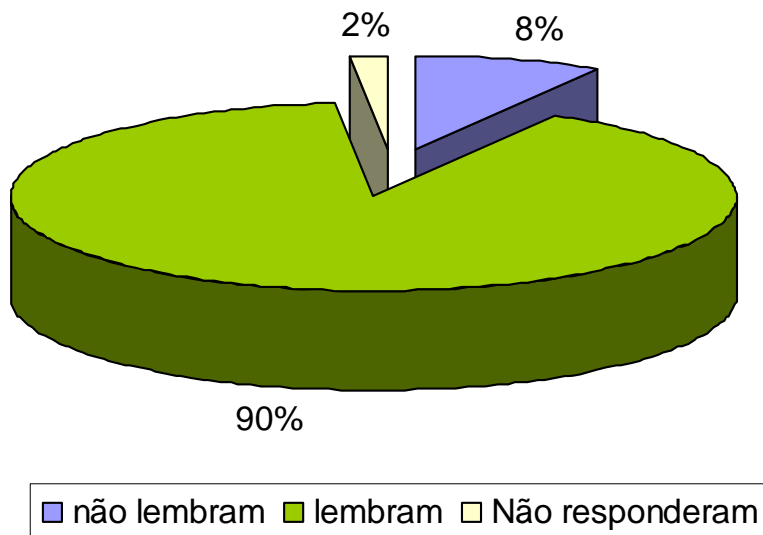


Gráfico 12

Percentual da População-Alvo Pesquisada, Quanto ao Quesito "Trocar a Atividade Prevista Por Outro Tema, Relacionado ou Não Com a Disciplina"

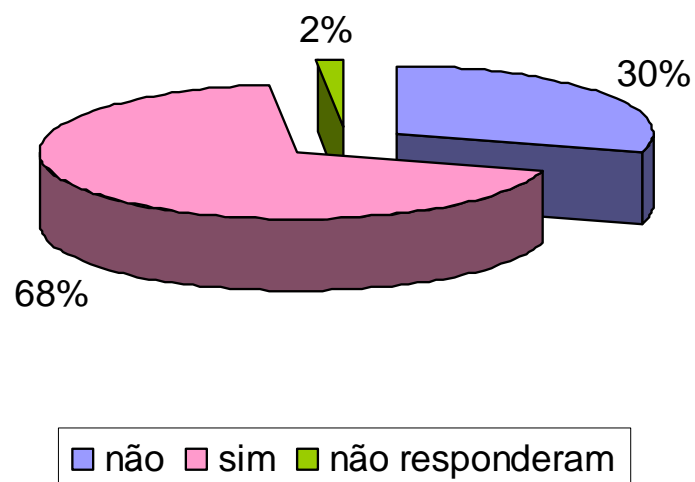


Gráfico 13

Percentual da População-Alvo Pesquisada, Quanto ao Quesito de o “Professor Aproveitar ou Não os Exemplos Trazidos Pelos Alunos E os Relacionar com o Conteúdo de Saúde Pública”

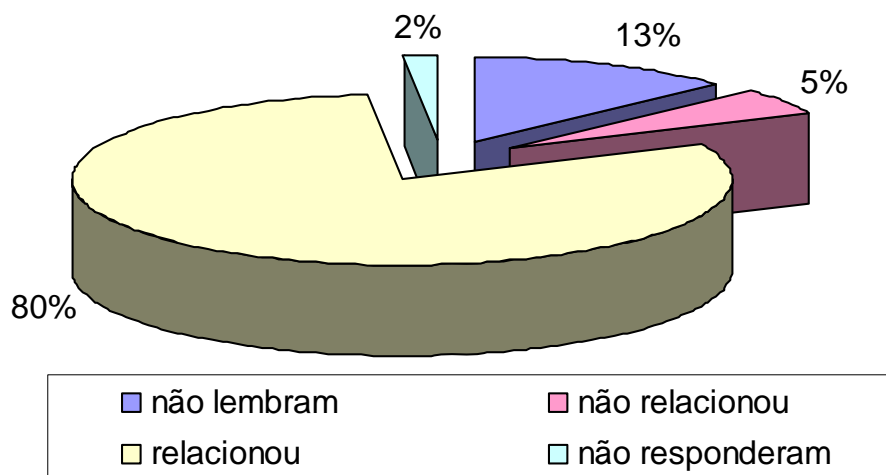


Gráfico 14

Percentual da População-Alvo Pesquisada, Quanto ao Quesito de o “Professor Estimular ou Não os Alunos Para se Envolverem com os Problemas de Saúde Pública de Sua Comunidade”

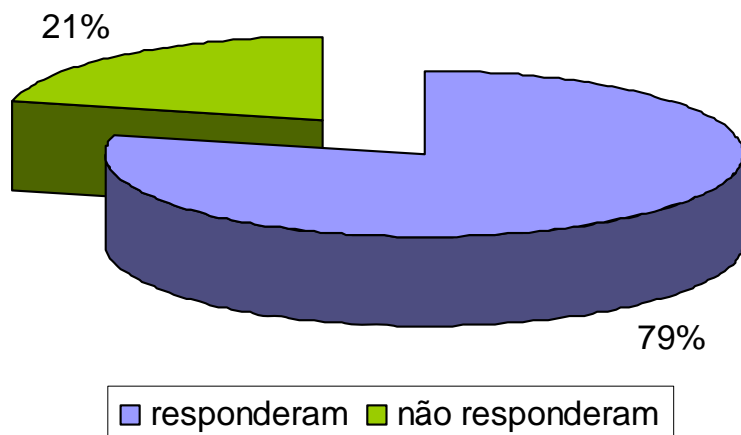


Gráfico 15

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre o Quesito de o “Professor Perceber ou Não
Se Algum Colega Tinha Algum Problema”**

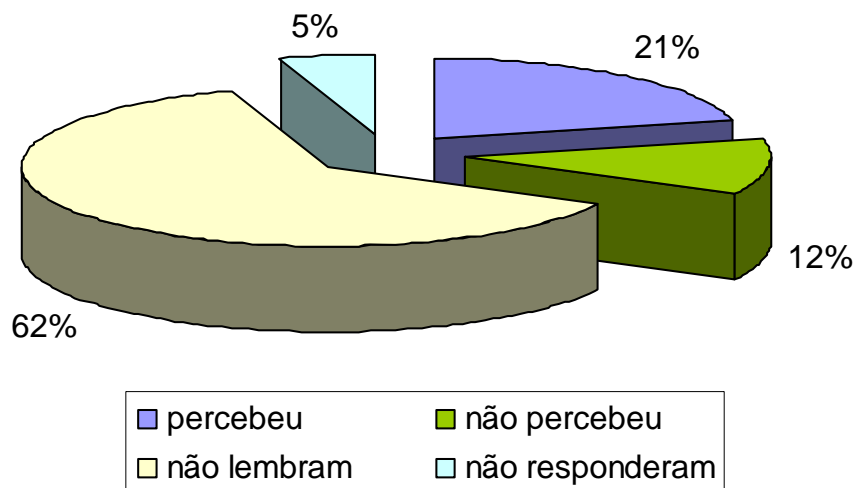


Gráfico 16

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre o Quesito de o “Professor Conversar com os Alunos
em Horários e Locais Diferentes dos da Sala de Aula”**

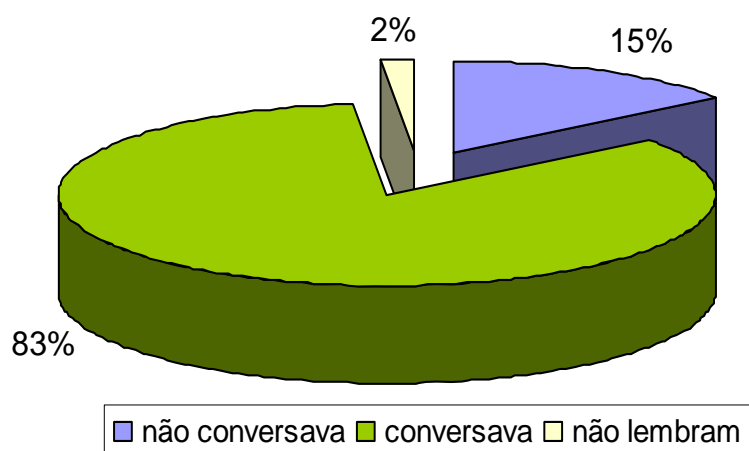


Gráfico 17

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre Responder ou Não ao Quesito de “Ser o Professor Referência
Na Sua Visão de Saúde Pública”**

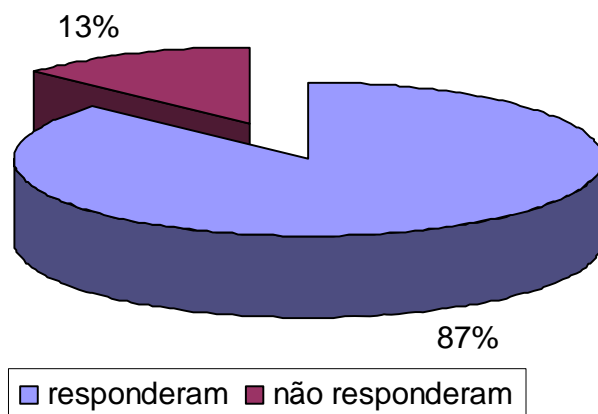


Gráfico 18

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre Responder ou Não ao Quesito “o Que Entendes por Controle Social”**

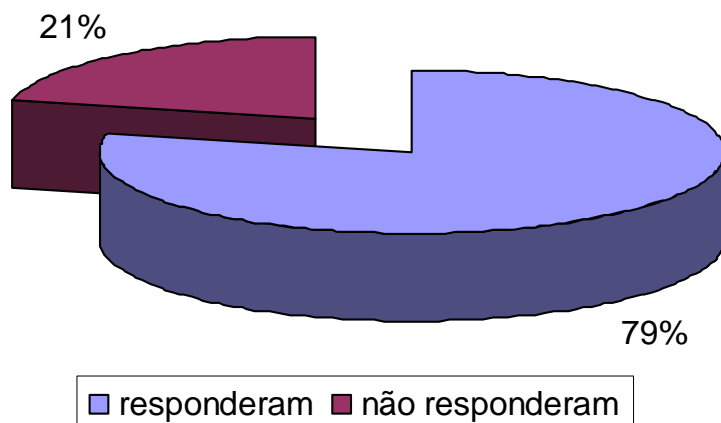


Gráfico 19

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre Responder ou Não ao Quesito “Ter Opinião Sobre
as Políticas Públicas de Sua Cidade”**

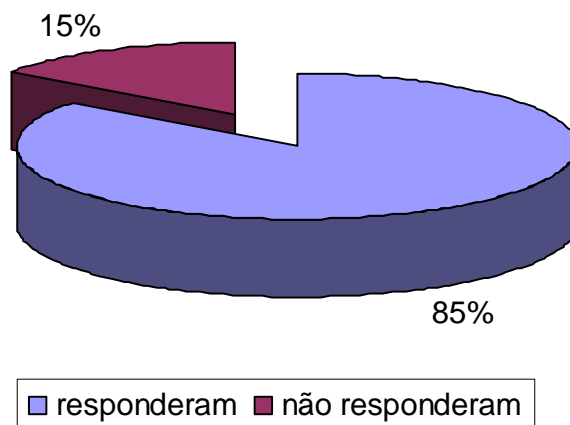


Gráfico 20

**Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada,
Sobre Responder ou Não ao Quesito “Tua Opinião é a Mesma de Teus
Amigos, Vizinhos, Parentes, ou Teu Grupo Social?”**

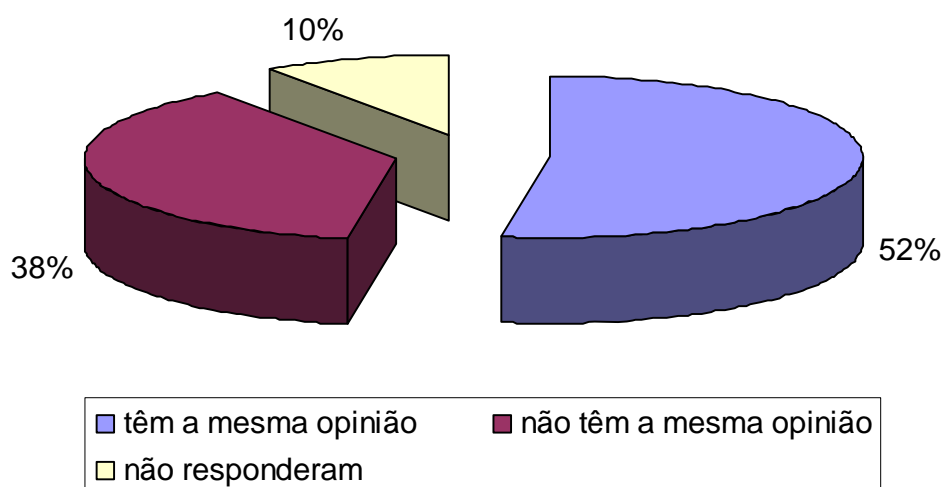


Gráfico 21

Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada, Sobre Responder ou Não ao Quesito “Considerando Teus Aprendizados em Saúde Pública, Caso Fosses o Secretário da Saúde de Tua Cidade, Como Atuarias em Casos de IRAs (Infecções Respiratórias Agudas)?”

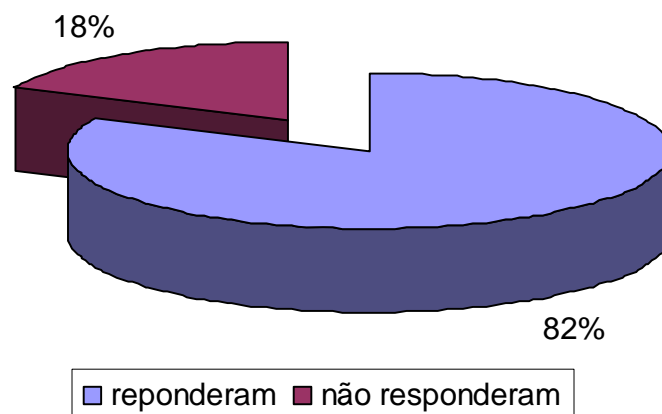


Gráfico 22

Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada, Que Propuseram Ações de Saúde Pública Segundo Faixas Etárias Pré-Determinadas

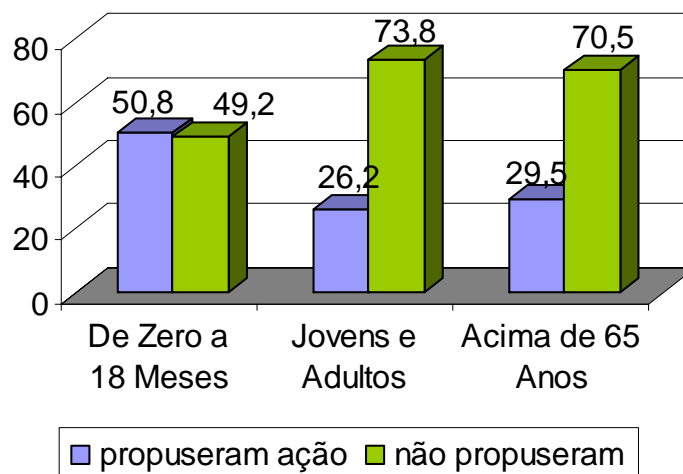


Gráfico 23

Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada, Sobre Responder ou Não ao Quesito “Considerando Que Sua Cidade Apresente Indicadores Epidemiológicos, nos Últimos 5 Anos, Aumento na Incidência de Fibrose Cística, o Que a Equipe da Sua Cidade Deveria Fazer?”

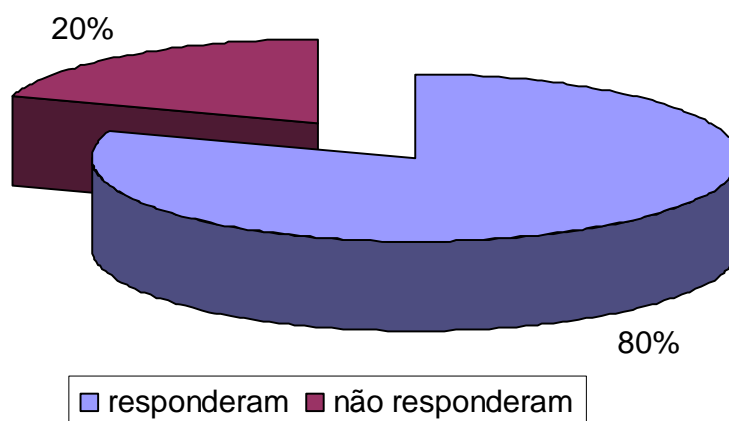
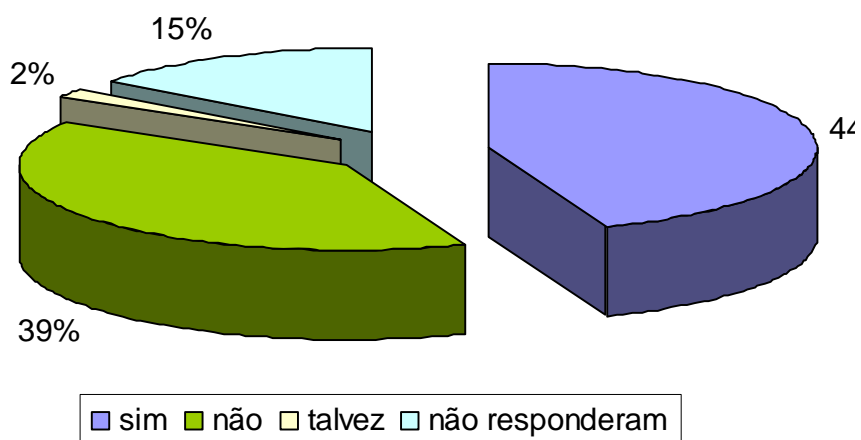


Gráfico 24

Demonstrativo Percentual da População-Alvo Investigada Quanto ao Quesito “Aceitarias Ser Entrevistado(a)?”



K19e **Kasper, Elisabete**

O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional de saúde?/
Elisabete Kasper; orient. Fernando Antonio de Abreu e Silva; co-orient. Carmen Lucia
Bezerra Machado.-2006.

120 f. il. Col.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de
Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Pneumologia. Porto Alegre, BR-
RS, 2006.