

INTERDISCIPLINARIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR: O BACHARELADO EM SAÚDE

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO
CARMEN FONTES DE SOUZA TEIXEIRA
(ORGANIZADORAS)



INTERDISCIPLINARIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR: O BACHARELADO EM SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR João Carlos Salles Pires da Silva

VICE-REITOR Paulo Cesar Miguez de Oliveira

ASSESSOR DO REITOR Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo

INTERDISCIPLINARIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR: O BACHARELADO EM SAÚDE

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO
CARMEN FONTES DE SOUZA TEIXEIRA
(ORGANIZADORAS)

EDUFBA
Salvador
2016

2016, Autores.

Direitos dessa edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da
Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

CAPA E PROJETO GRÁFICO Gabriel Cayres

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO Cíntia Oliveira Gonzaga e Vinicius Nonato

Sistema de Bibliotecas – UFBA

Interdisciplinaridade na educação superior : o bacharelado em saúde / Maria Thereza Ávila
Dantas Coelho, Carmen Fontes de Souza Teixeira (Org.). - Salvador : EDUFBA, 2016.
317 p.

ISBN 978-85-232-1488-3

1. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton
Santos. 2. Ensino superior. 3. Saúde - Estudo e ensino (superior). 4. Bacharelado. 5. Abordagem
interdisciplinar do conhecimento. I. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. II. Teixeira, Carmen
Fontes de Souza.

CDD - 378

Editora afiliada à



Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo
s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164
Fax: +55 71 3283-6160
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

SUMÁRIO

7 Prefácio – Um lugar e um processo de espacialização
Sergio Coelho Borges Farias

13 Apresentação

PARTE 1

FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: PANORAMA, TENDÊNCIAS E PROJETOS INOVADORES

25 Revisão da produção científica brasileira sobre o ensino de graduação em saúde (1974-2011)
Marcelo Nunes Dourado Rocha, Willy Vinícius Lacerda Lopes, Cássio Hideaki Watanabe Matos e Carmen Fontes Teixeira

43 A prática educativa no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA
Carmen Fontes Teixeira e Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

77 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares e reorientação da formação em saúde
Luciana Alaíde Alves Santana, Roberval Passos de Oliveira, Micheli Dantas Soares, Vânia Sampaio Alves e Everson Meireles

95 Inter-transdisciplinaridade na formação em saúde na Universidade Federal do Sul da Bahia
Naomar de Almeida Filho e Denise Coutinho

PARTE 2

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR COMO ESPAÇO DE PESQUISA

117 Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos e Daniele Machado Pereira Rocha

129 Campo da saúde, saberes e práticas: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa em HIV/Aids
Luís Augusto Vasconcelos da Silva

- 149** O nível de informação de jovens universitárias do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA acerca do HIV/AIDS
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos e Gleice Kelly Santos Almeida
- 159** Sustentabilidade e juventudes: uma experiência de pesquisa interdisciplinar
Milson dos Anjos Batista e Adriana Miranda Pimentel
- 175** A percepção de mulheres portadoras de sofrimento psíquico sobre o adoecimento como uma experiência transgeracional
Uelma Cristiane Silva Leite, Mércia Gomes Dórea e Vlândia Jamile dos Santos Jucá
- 189** Experiência de mães em contextos de violência: uma temática em estudo nos Bacharelados Interdisciplinares
Adriana Miranda Pimentel, Claudia Gonçalves Marinho Fernandes Rolim, Rebeca Ayres Ferreira Gusmão de Souza e Cristina Araripe Fernandes

PARTE 3

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR COMO OBJETO DE PESQUISA

- 211** Perfil de egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA em 2012
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos, Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco e Tânila Pires da Silva
- 223** A percepção dos graduados do BI em Saúde sobre a trajetória acadêmica no curso no período 2009-2011
Verônica de Lima Vidal Mota e Carmen Fontes Teixeira
- 245** Vivência na universidade: a experiência da primeira turma de graduados no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA
Verônica de Lima Vidal Mota e Carmen Fontes Teixeira
- 265** A perspectiva de docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia acerca da relação professor-aluno
Jackeline Kruschewsky Duarte Raphael, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho e Sérgio Augusto Franco Fernandes
- 283** O currículo oculto nas graduações em saúde: percepção de egressos do Bacharelado Interdisciplinar
George Amaral Santos e Naomar de Almeida Filho
- 309** Sobre os autores

PREFÁCIO

UM LUGAR E UM PROCESSO DE ESPACIALIZAÇÃO

SERGIO COELHO BORGES FARIAS¹

Ao questionar como nos situarmos diante da divisão clássica entre geografia humana e geografia física, no seu livro *Metamorfozes do espaço habitado* publicado pela EDUSP, Milton Santos (2008) faz algumas afirmações que nos remetem às bases do projeto de reestruturação curricular, lançado em 2006 e implementado em meio a uma série de conflitos compreensíveis, na Universidade Federal da Bahia, a partir de 2008, na gestão do Reitor Naomar de Almeida Filho.

A primeira afirmação do Prof. Milton Santos reforça a importância de uma formação interdisciplinar para o exercício de atividades profissionais na contemporaneidade, sejam elas quais forem. Na página 98, o Professor

1 Sergio Coelho Borges Farias nasceu em Salvador, cursou Mestrado em Educação na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Doutorado em Artes na Universidade de São Paulo. Realizou estágio Pós-Doutoral na Universidade de Paris Ouest - Nanterre. É Professor Titular na Área de Didática e Metodologia do Ensino, foi bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, docente e orientador nos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Artes Cênicas, tendo coordenado este último entre 2003 e 2007. É ator e diretor teatral. Participou da criação, foi vice-diretor e diretor do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da UFBA. É assessor para as áreas de Arte e Cultura da Reitoria da Universidade Federal do Oeste da Bahia e atua no primeiro curso de Especialização da instituição, em Artes e Ação Cultural.

afirma que no processo de desenvolvimento humano “não há uma separação do homem e da natureza” e que “a natureza socializa-se e o homem se naturaliza”.

Milton Santos apresenta, assim, o desafio de aproximarmos dois grandes campos, tradicionalmente separados, rígidos, ambos, pela predominância da racionalidade científica: Saúde, Ciência e Tecnologia de um lado e Humanidades e Artes de outro.

8 Nas vivências configuradas nos Bacharelados Interdisciplinares e em quatro Programas de Pós-Graduação sediados no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da UFBA - IHAC, as inter-relações desses dois grandes campos têm sido praticadas na oferta dos componentes curriculares, mas, sobretudo, nas outras dimensões da vida universitária, nos eventos acadêmicos, nas pesquisas, nas publicações e nas ações de extensão.

O presente livro, uma continuidade de *Uma experiência inovadora no ensino superior* publicado pela EDUFBA em 2014, das mesmas organizadoras, é uma clara expressão da dinâmica do trabalho de formação interdisciplinar. Ensino, pesquisa e extensão universitária articulam-se nos artigos de autores que vivem e refletem sobre a experiência no IHAC, não se limitando a aportes teóricos fora de contexto.

Na Graduação, os *Estudos sobre a Contemporaneidade* e os componentes curriculares denominados “culturas” (científicas, humanísticas, artísticas) ocupam lugar de destaque para a pretendida formação interdisciplinar anterior à escolha do percurso profissionalizante. Outras opções oferecidas aos estudantes dos quatro Bacharelados Interdisciplinares, no próprio IHAC, apontam para essa integração, por exemplo: Saúde e Cidade; Artes e Mundo Digital; Estudos dos Poderes; Saúde, Educação e Trabalho; Cidades, Culturas híbridas e Corporeidade; Cultura e Desenvolvimento; Fundamentos de Nanociência e Nanotecnologia; Estudos do Capitalismo, dentre muitas outras.

“Partindo de trabalhos individualizados de grupos, hoje todos os indivíduos trabalham conjuntamente, ainda que disso não se apercebam” (SANTOS, 2008, p. 97), é a segunda afirmação do Prof. Milton que nos interessa destacar.

Além do reforço à formação interdisciplinar, trata-se de um indicativo da importância do compartilhamento de saberes e da vivência dialógica, o que se busca praticar no IHAC-UFBA, através de metodologias diversificadas no sentido do desenvolvimento da autonomia do educando.

Uso da Ferramenta Moodle, criação de blogs por turmas para compartilhamento de trabalhos, utilização intensiva de *netbook* pelos estudantes durante determinadas aulas para acesso imediato à internet, aplicação de

técnicas participativas grupais, como mesas-redondas e seminários, são recursos pedagógicos presentes.

A paisagem do campus altera-se com uma formação interdisciplinar permeada pela prática intensiva da pesquisa e da extensão, com atividades realizadas pelo conjunto dos professores do IHAC, reforçadas por um amplo programa de bolsas: Pibic, Auxílio para Permanência, PET e Monitoria.

Os quatro Programas de Pós-Graduação em funcionamento completam essa paisagem acadêmica artificial, arranhada pelos problemas cotidianos advindos da legislação restritiva que sufoca a administração universitária e da ampliação do espaço físico construído, que se instaurou em ritmo muito mais lento do que o do aumento progressivo das vagas para ingresso, estabelecido com o Programa REUNI.

Prof. Milton Santos (2008, p. 71) dizia que a *paisagem natural*, aquela ainda não mudada pelo esforço humano, praticamente não existe. “Se um lugar não é fisicamente tocado pela força do homem, ele é, todavia, objeto de preocupação e de intenções econômicas ou políticas. Tudo hoje se situa no campo de interesse da história, sendo, desse modo, social”.

A paisagem, para Prof. Milton Santos (2008, p. 72), é, portanto,

[...] um conjunto heterogêneo de formas naturais e artificiais; é formada por frações de ambas, seja quanto ao tamanho, volume, cor, utilidade, ou por qualquer outro critério. A paisagem é sempre heterogênea. A vida em sociedade supõe uma multiplicidade de funções, e quanto maior o número destas, maior a diversidade de formas e de atores. Quanto mais complexa a vida social, tanto mais nos distanciamos de um mundo natural e nos endereçamos a um mundo artificial.

É nessa paisagem complexa e heterogênea que os sujeitos exercem suas funções, através de profissões regulamentadas e de ocupações. A partir de 2012, a UFBA vem oferecendo anualmente ao campo do trabalho centenas de pessoas graduadas, com novo tipo de formação, multi-inter-transdisciplinar. O ambiente artificial e heterogêneo da universidade se espalha, assim, pelas cidades, indo além do que o mercado pede.

A presente publicação oferece ao leitor roteiros e possíveis caminhos para a realização dessa formação. Ao ingressar num curso estritamente profissionalizante, como segunda etapa de estudos, os egressos dos Bacharelados Interdisciplinares vivenciam aulas teóricas, laboratórios, trabalhos de campo portando um repertório, não somente de conhecimentos e de habilidades, mas também de atitudes. Todos eles resultantes das vivências no Bacharelado Interdisciplinar, em aulas de pelo menos 30 componentes curriculares, ministrados por professores de várias unidades acadêmicas da UFBA.

Mais 360 horas de realização de atividades complementares são exigidas aos estudantes. Acrescente-se a isso o conhecimento da universidade como um todo, já que apenas 30% dos estudos do currículo são obrigatórios, os 70% restantes são optativos e são realizados nas diversas Unidades Acadêmicas.

Cabe destaque nessa formação básica interdisciplinar para as atitudes de cooperação, de expressão desinibida de opiniões em público, de prática de debates e de autonomia, formadas nas vivências acadêmicas com metodologias participativas de ensino e nos processos de escolha de componentes curriculares a cursar.

10 Na Pós-Graduação, os trabalhos no IHAC se encaminham também na perspectiva interdisciplinar: no Mestrado Profissional em Artes (ProfArtes), as várias modalidades artísticas são contempladas; em Relações Internacionais, as abordagens não se limitam à Política, Economia e Sociologia, integrando essas áreas à Antropologia, à Ciência e à Cultura. Os estudos sobre Cultura e Sociedade, em mestrado e em doutorado, contemplam as Humanidades, as Artes e as Ciências Sociais em geral.

O Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Universidade tem contribuído sobremaneira para a compreensão do papel de uma nova universidade na sociedade contemporânea, a partir do conhecimento de sua história, incluindo suas perspectivas elitistas, intelectualistas e restritas a formações meramente profissionalizantes.

Os resultados obtidos com a reestruturação curricular, apontada pela criação dos Bacharelados Interdisciplinares, já existentes em dezenove instituições federais de ensino superior, são evidenciados e analisados criticamente nas dissertações, em contraponto aos focos de resistência às mudanças, sempre presentes nas instituições conservadoras.

Milton Santos (2008, p. 74) alerta que, em cada momento histórico, “[...] os modos de fazer são diferentes, o trabalho humano vai se tornando cada vez mais complexo, exigindo mudanças correspondentes às inovações”. Vivenciar a aprendizagem em variados campos do conhecimento, dentro da própria universidade, antes de fazer a opção por um percurso profissional ou por um aprofundamento do saber em nível de Pós-Graduação, é uma inovação para os jovens levados a escolher sua futura profissão aos 16 ou aos 17 anos. O que resulta dessa escolha precoce, muitas vezes, após o ingresso, é a desistência da vaga, a saída do curso. A taxa média de evasão nas universidades públicas é enorme.

A flexibilidade do currículo, aliada a orientação acadêmica e à abordagem interdisciplinar em bom número de componentes curriculares, amplia as possibilidades de atuação laboral do bacharel no ambiente de trabalho profissional e mesmo durante o seu processo de formação.

A concentração de estudos em determinado campo do saber, a partir do quarto semestre, aproxima o estudante da carreira que deseja seguir, mas essa escolha é feita depois de uma formação básica, multi-inter-transdisciplinar e do conhecimento da universidade, por dentro, como um todo.

A depender da maturidade acadêmica e da dedicação aos estudos complementares, a passagem pode ser direta do Bacharelado Interdisciplinar para uma Pós-Graduação.

As formas físicas envelhecem dia a dia por desgaste dos seus materiais. “Já o envelhecimento social corresponde ao desuso ou desvalorização, pela preferência social por outras formas”, diz Milton Santos (2008, p. 76). Para ele, o “[...] externo e o interno, o novo e o velho, o Estado e o mercado, são três das grandes contradições” (2008, p. 104).

11

Não existe um lugar onde tudo seja novo ou onde tudo seja velho. A situação é uma combinação de elementos com idades diferentes. O arranjo de um lugar, através da aceitação ou rejeição do novo, vai depender da ação dos fatores de organização existentes nesse lugar, quais sejam, o espaço, a política, a economia, o social, o cultural... (SANTOS, 2008, p. 106)

Os Bacharelados Interdisciplinares, e os novos currículos de cursos em três ciclos tendo o B.I. como primeiro ciclo, são agentes de uma metamorfose do espaço universitário, e situam-se no eixo de formação de uma outra cultura.

O novo nem sempre é desejado pela estrutura hegemônica da sociedade. Para esta, há o novo que convém e o que não convém. O novo pode ser recusado se traz uma ruptura que pode retirar a hegemonia das mãos de quem a detém [...]. A chegada do novo causa um choque. Quando uma variável se introduz num *lugar*, ela muda as relações preexistentes e estabelece outras. Todo o lugar muda [...]. Cada *lugar* tem, pois, variáveis internas e externas. A organização da vida em qualquer parte do território depende da imbricação desses fatores. As variáveis externas se internalizam, incorporando-se à escala local. Até o momento em que impactam sobre o lugar são externas, mas o processo de *especialização* é, também, um processo de *internalização*. (SANTOS, 2008, p. 105-107)

A oferta de áreas de concentração pelas diversas unidades, as necessárias revisões dos currículos dos cursos de progressão linear para incorporação dos egressos dos Bacharelados Interdisciplinares, a possibilidade de realização de cursos de graduação em duas etapas, a discussão e inserção

da mit-disciplinaridade em maior escala através dos estudantes de B.I. nas turmas das demais unidades, são, portanto, elementos indicadores da espacialização do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos e dos seus cursos como processos de internalização e de metamorfose da universidade.

REFERÊNCIA

SANTOS, Milton. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Edusp, 2008.

APRESENTAÇÃO

A universidade brasileira enfrenta atualmente o desafio de reinventar-se, de redefinir o seu papel na sociedade, de modo a atender as exigências por ampliação do acesso e melhoria da qualidade, o que exige mudanças nos modelos de organização e gestão das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Há cerca de dez anos, os esforços nessa direção tem conduzido à formulação de políticas e projetos inovadores em várias universidades, destacando-se, entre estes, a criação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, uma nova modalidade de curso superior inspirada nas propostas pioneiras de Anísio Teixeira, na década de 1930, e na experiência inicial da Universidade de Brasília, nos anos 60.

A implantação destes cursos atende, essencialmente, à busca de alternativas diante do modelo hegemônico de educação superior, que privilegia a formação de técnicos através de cursos profissionalizantes, voltados fundamentalmente ao treinamento de pessoal para um mercado de trabalho que, todavia, se modifica rapidamente, evidenciando a inadequação dos perfis profissionais formados e as inúmeras insuficiências do processo de ensino-aprendizagem a que foram submetidos. De fato, o mundo contemporâneo, cenário de mudanças na organização das atividades econômicas, nas formas de atuação política e nos modos de produção e gestão

da cultura, vem exigindo a elaboração e experimentação de propostas inovadoras, criativas, capazes de estabelecer espaços e práticas educativas que promovam a constituição de sujeitos dotados de visão estratégica acerca dos rumos da ciência e da técnica, e de sensibilidade política e ética para com os movimentos e processos sociais.

14 Particularmente na área de Saúde, esse desafio se concretiza na necessidade de que as instituições e cursos de formação superior se articulem organicamente ao processo de Reforma Sanitária em curso no país, há cerca de quarenta anos, tendo em vista a democratização da gestão das políticas de saúde, a equidade no acesso aos bens e serviços e a melhoria das condições de vida da população. Complexo e irregular, esse processo tem enfrentado obstáculos, mas também produzido avanços, a exemplo do reconhecimento da Saúde como um direito de cidadania, a construção do Sistema Único de Saúde e a extraordinária expansão dos serviços de atenção à saúde em todo o território nacional. Tais avanços implicam enormes exigências no que diz respeito aos “recursos humanos”, especialmente quanto à formação de pessoal, recriando continuamente a necessidade de revisão no formato e no conteúdo dos cursos superiores, bem como nas estratégias de articulação destes com as políticas, sistemas e serviços de saúde e com os movimentos e organizações sociais que atuam no setor.

É exatamente nesse cenário que se coloca a experiência do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, cuja origem remonta aos debates em torno do projeto “Universidade Nova”,² na UFBA, processo que gerou a implantação de quatro BI, nas áreas de Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia, e Saúde, cuja coordenação cabe ao Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC), responsável atualmente por cerca de cinco mil estudantes. A elaboração do projeto pedagógico e a implantação do BI em Saúde, ocorrida a partir de 2008, tem gerado uma acumulação de experiências e reflexões por parte do corpo docente e discente, objeto, inclusive, de uma primeira publicação³ que contém a descrição desse processo, bem como a análise das primeiras iniciativas pedagógicas inovadoras no âmbito de vários dos componentes curriculares.

A continuidade e aprofundamento desta experiência, bem como o diálogo com outras experiências similares em curso no estado da Bahia, quais sejam, a implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

2 ALMEIDA FILHO, N. *Universidade Nova no Brasil*. In: SANTOS, B.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *A Universidade no século XXI: para uma Universidade Nova*. Coimbra: Almedina, 2008.

3 TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014.

da Universidade Federal do Recôncavo e a elaboração do projeto da Universidade Federal do Sul da Bahia, estimularam a organização do presente livro, cujo propósito fundamental é divulgar o trabalho realizado, como um convite à comunidade acadêmica brasileira, especialmente aos que se interessam pelos rumos da educação superior na área de saúde, a conhecer, analisar, discutir, criticar e contribuir para o aperfeiçoamento, consolidação e expansão dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Nessa perspectiva, trazemos, em primeiro lugar, uma ampla revisão da literatura desenvolvida como parte da linha de pesquisa “Inovações curriculares na formação em saúde no contexto do REUNI”, coordenada por Naomar de Almeida Filho, com o intuito de caracterizar o “estado da arte” em termos da educação superior em saúde, ou seja, mapear temas e questões abordados pelos pesquisadores de modo a identificar as tendências e lacunas da produção científica na área. Assim, o capítulo 1, de autoria de Marcelo Rocha, com a colaboração de Willy Vinícius Lacerda Lopes, Cássio Hideaki Watanabe Matos e Carmen Fontes Teixeira, apresenta os resultados da análise de 386 trabalhos indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período 1974-2011, e evidencia a lacuna no que diz respeito ao debate em torno do modelo de formação prevalente em nossas universidades, seus problemas, limites e, especialmente, sua insuficiência e inadequação diante das necessidades e demandas do processo de reforma do sistema público de saúde.

A ausência desse debate contrasta com a emergência do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, modalidade de curso que se apresenta também como espaço de problematização de conceitos e práticas do campo da saúde, na medida em que toma como princípio organizador, do projeto e das práticas pedagógicas, a busca de concretização da Interdisciplinaridade na abordagem aos vários temas e da Transdisciplinaridade na construção da trajetória acadêmica dos estudantes. Nessa perspectiva, interessa particularmente aos autores desta coletânea colocar em análise os projetos e a experiência acumulada nos três cursos de BI em Saúde em processo de construção, objeto dos três capítulos seguintes.

Assim, o capítulo dois, de autoria das organizadoras desta coletânea, apresenta uma reflexão acerca da prática educativa no BI em Saúde da UFBA, com base em sua participação na elaboração do projeto político-pedagógico do curso e em sua experiência em componentes curriculares obrigatórios e em projetos de pesquisa e extensão que contaram com a participação de centenas de estudantes. Trata, portanto, de descrever e analisar como se deu a incorporação e operacionalização dos conceitos que fundamentam o projeto do BI em Saúde na prática, analisando o que

vem sendo feito para concretizar um aprendizado interdisciplinar e intercultural sobre os saberes e práticas do campo da saúde.

Em seguida, Luciana Alaíde Alves Santana, Roberval Passos de Oliveira, Micheli Dantas Soares, Vânia Sampaio Alves e Everson Meireles descrevem e analisam a trajetória do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), desde a sua criação, em 2007. Os autores, envolvidos diretamente com a implantação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), caracterizam o contexto político-institucional e social no qual o curso está inserido, apresentam os elementos estruturantes do Projeto Pedagógico, como objetivos, perfil do egresso, competências, organização da matriz curricular e metodologias de ensino e discutem a situação atual, na qual o BI em Saúde passou a constituir a única “porta de entrada” para os cursos profissionalizantes da área da saúde, oferecidos pela UFRB.

16

No capítulo 4, Naomar de Almeida Filho e Denise Coutinho propõem um debate sobre a Inter-transdisciplinaridade, visando promover a discussão de novos parâmetros curriculares para a educação superior em saúde, exemplificando com o programa de formação profissional em saúde que está sendo construído na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Apresentam inicialmente uma reflexão epistemo-metodológica das abordagens pós-disciplinares, argumentando em favor da necessidade de abertura à diversidade dos saberes pertinentes à formação em saúde. Em seguida, descrevem o regime de ciclos de formação, planejado na UFSB, focalizando a estrutura e funcionamento do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Finalmente, apresentam a proposta do Curso de Medicina como segundo ciclo, ilustrando o modelo modular e progressivo de formação, e concluem discutindo as perspectivas concretas de inserção da interdisciplinaridade em programas inovadores de formação profissional em saúde.

Os capítulos que compõem a segunda parte do livro resultam do desenvolvimento de pesquisas no espaço do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, evidenciando a estreita colaboração que vem sendo estabelecida entre professores e alunos, na elaboração e execução de projetos de investigação sobre temas relevantes do campo da saúde na atualidade, a exemplo da pandemia de AIDS e seus efeitos nos modos de vida, a violência social em suas diversas formas e, como não podia deixar de ser, as concepções e práticas de saúde de diferentes grupos sociais, base científica e cultural sobre a qual incidem as políticas de saúde e os programas de prevenção e controle de doenças.

Cabe enfatizar que a organização e desenvolvimento dessas linhas de pesquisa no IHAC expressam, de um lado, a continuidade do interesse

por temas que marcam a carreira desses pesquisadores desde a sua formação pós-graduada, a maioria da área de Ciências Sociais em Saúde, espaço no qual exercitaram a construção de abordagens interdisciplinares, tanto do ponto de vista dos referenciais teóricos quanto da integração de estratégias metodológicas. Daí a ênfase em estudos qualitativos, que elegem como participantes da pesquisa diferentes grupos, diretamente afetados pelos problemas investigados, aos quais se trata de dar voz, estabelecendo-se diálogos entre saberes dos quais resultam os conhecimentos produzidos.

Nessa perspectiva, o capítulo cinco faz parte de uma pesquisa sobre as concepções e práticas de saúde e doença dos alunos do BI em Saúde da UFBA, que vem sendo conduzida, desde 2009, quando do ingresso da primeira turma. As autoras, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos e Daniele Machado Pereira Rocha apresentam, nesse capítulo, os resultados da aplicação de um questionário a estudantes egressos do referido curso, formados ao final de 2011, com o objetivo de conhecer a autopercepção e as práticas relacionadas à saúde de estudantes do gênero masculino. O trabalho analisa o conteúdo das respostas dos 12 estudantes e discute a influência dos ideais e estereótipos das relações de gênero em suas atitudes ligadas à saúde, problematizando a necessidade de desconstrução desses estereótipos.

No capítulo seguinte, Luís Augusto Vasconcelos da Silva parte de sua experiência como docente no componente curricular “Campo da saúde: saberes e práticas”, para refletir sobre os conceitos de “campo” e, especificamente, o conceito de “campo da saúde”, à luz das contribuições ao debate propiciadas pela Antropologia Médica. Nessa perspectiva, discute as formas de compreensão dos fenômenos ligados à saúde, quer no âmbito do discurso científico, quer no espaço de construção da subjetividade dos diversos grupos sociais, exemplificando com os sentidos atribuídos ao “risco”, no contexto atual da epidemia de HIV/AIDS, que comporta a produção de sentidos que seguem caminhos opostos às políticas de prevenção, como é o caso do *barebacking*, engajamento consciente e deliberado em práticas de sexo anal desprotegido.

Ainda na temática HIV/AIDS, o capítulo sete explora o nível de informação de jovens universitárias do BI em Saúde da UFBA acerca do HIV/AIDS, trazendo os resultados de uma pesquisa desenvolvida com estudantes do gênero feminino, com o objetivo de conhecer o que as alunas sabem sobre as formas de transmissão do HIV/AIDS e as informações que elas têm sobre as formas de proteção contra a doença. As autoras, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos e Gleice Kelly Santos Almeida, descrevem e analisam as respostas obtidas com a aplicação de um

questionário a 123 alunas que ingressaram no referido curso, em 2012, incorporando à discussão o conteúdo registrado durante a realização de um grupo de debates sobre o tema, com alunas voluntárias, interessadas em desdobrar a reflexão sobre o tema.

18 O capítulo oito, conforme seus autores Milson dos Anjos Batista, Adriana Miranda Pimentel, foi elaborado a partir das reflexões realizadas no desenvolvimento de uma pesquisa que envolveu docentes e alunos do BI em Saúde da UFBA e os Centros de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas (CCAAB) e de Artes, Humanidades e Letras (CAHL), da UFRB, tendo como participantes os jovens da Reserva Extrativista do Iguape, especificamente de duas comunidades quilombolas, Santiago do Iguape e São Francisco do Paraguaçu, situadas no município de Cachoeira, na Bahia. Com isso, constituiu-se um espaço de diálogo entre estudantes de diferentes formações, disciplinares e/ou interdisciplinares, pesquisadores com trajetórias distintas e, em geral, de formações disciplinares, cujos campos de conhecimento apresentam-se consolidados, e os jovens, também estudantes, das comunidades onde a pesquisa foi realizada. Trata-se, portanto, de um ensaio que apresenta a experiência dessa pesquisa interdisciplinar e interinstitucional, e especificamente a reflexão sobre o encontro de sujeitos com distintas visões de mundo, buscando-se analisar a singularidade desse encontro e as aberturas que proporcionou em termos da problematização das formas de pensar e de viver, tendo como pretexto a realização de uma pesquisa fundamentada na ideia de garantir a sustentabilidade econômica da comunidade e a preservação da área ecológica dos manguezais.

O capítulo seguinte aborda a experiência da maternidade em mulheres com sofrimento psíquico, através da percepção acerca de sua história de adoecimento, considerando-se, na enfermidade, um elemento que atravessa o contexto familiar, envolvendo seus ascendentes e descendentes. Essa abordagem inovadora baseia-se na noção de “transgeracionalidade”, entendida como a transmissão de padrões de relacionamentos familiares que se repetem de uma geração a outra, e se mostra extremamente fértil na análise de situações nas quais se apresentam condições para a emergência de problemas de natureza afetiva e comportamental. Dentre as autoras, Uelma Cristiane Silva Leite e Mércia Gomes Dórea são, respectivamente, Bacharel em Saúde e aluna do curso de Psicologia da UFBA, e fazem parte de um projeto de pesquisa coordenado pela professora Vlândia Jamile dos Santos Jucá, que tem experiência como docente nos dois cursos.

Encerrando essa parte do livro, temos o capítulo de autoria de Adriana Miranda Pimentel, Claudia Gonçalves Marinho Fernandes Rolim, Rebeca Ayres Ferreira Gusmão de Souza e Cristina Araripe Fernandes, que analisa a experiência de mães em contextos de violência. O interesse por esse

tema originou-se de um estudo etnográfico realizado em 2009, em um bairro pobre da cidade de Salvador, que evidenciou as rápidas mudanças nos modos de vida dos moradores, relacionadas com o tráfico de drogas e situações de violência. Constatando que várias letras de músicas compostas por jovens do bairro que integram o movimento *hip hop* salientavam a dor de mães que perderam seus filhos, envolvidos ou não com o tráfico de drogas, por homicídio decorrente do conflito com outros jovens e/ou com a polícia, as pesquisadoras desdobraram sua investigação em 2011, abordando especificamente as relações entre maternidade e violência, discutindo o lugar ocupado pela mãe na trajetória de vida dos jovens do bairro.

A terceira parte desta coletânea contém os capítulos que apresentam resultados de pesquisas que tomaram o BI em Saúde como objeto de investigação, quer enfocando as características dos alunos e sua percepção sobre o curso, quer analisando a prática docente. Tais estudos foram realizados no âmbito do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU), implantado no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA, em cujo corpo docente atuam vários professores envolvidos com o BI em Saúde.

19

O capítulo onze apresenta parte dos resultados de uma pesquisa apoiada pelo Edital PROPCI-PROEXT-PROPG/UFBA 01/2012 PROUFBA ENCOMENDA, que tinha como uma de suas linhas temáticas o “Perfil do Alunado, dos Ingressos e dos Egressos da UFBA, em especial dos Bacharelados Interdisciplinares”.⁴ Os autores, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos, Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco e Tâmila Pires Da Silva, descrevem o perfil demográfico, socioeconômico e cultural dos egressos da primeira turma do BI em Saúde, do turno noturno, que iniciaram suas atividades acadêmicas em 2009 e se formaram em janeiro de 2012.

No capítulo doze, Verônica de Lima Vidal Mota e Carmen Fontes Teixeira analisam a percepção dos graduados do BI em Saúde sobre a trajetória acadêmica no curso, no período 2009-2011, com base nos resultados da investigação conduzida durante o curso de mestrado da primeira autora, com a orientação da segunda. Vários aspectos foram investigados, tais como o grau de conhecimento sobre o projeto pedagógico do curso, a avaliação dos estudantes acerca do aprendizado das competências definidas no perfil do egresso, a percepção acerca da contribuição dos componentes

4 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). *Edital PROPCI-PROEXT-PROPG/UFBA 01/2012 PROUFBA ENCOMENDA*. Salvador, 17 de setembro de 2012. Disponível em: <https://sapi.ufba.br/sapi/Welcome.do>. Acesso em: 13 de junho de 2014.

curriculares obrigatórios e optativos em sua formação acadêmica, e a contribuição do BI em Saúde para a definição da sua escolha profissional.

Parte da mesma investigação, o capítulo treze traz a análise dos resultados obtidos na pesquisa com os graduados acerca da sua percepção sobre a vivência universitária, isto é, sobre o aprendizado das regras institucionais e acadêmicas ocorrido durante seu percurso no BI, explorando-se sua participação no planejamento acadêmico, o envolvimento com programas de pesquisa e extensão, a inserção em programas de assistência estudantil oferecidos pela Universidade e a participação em entidades que compõem o movimento estudantil. Dado o contexto em que se implantou o curso e a singularidade do modelo pedagógico do BI em Saúde, esse estudo lança luzes sobre diversos aspectos, especialmente a natureza das relações de ensino, na qual os estudantes buscam se constituir em protagonistas da sua formação universitária, atuando na própria legitimação da proposta inovadora contida no BI em Saúde.

20

O capítulo catorze, por sua vez, traz o resultado de outra investigação conduzida durante o mesmo curso de mestrado por Jackeline Kruschewsky Duarte Raphael, com as orientações de Maria Thereza Ávila Dantas Coelho e de Sergio Augusto Franco Fernandes. O trabalho aborda a perspectiva de docentes do BI em Saúde da UFBA acerca da relação professor-aluno, no contexto interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão. Como referência teórica, os autores utilizam o conceito psicanalítico de transferência, com base em Freud e Lacan, discorrendo acerca da prática docente a partir de falas dos professores, obtidas através de entrevistas em profundidade, subsidiando, assim, a reflexão sobre a pertinência do conceito de transferência e suas implicações no estudo do ensino superior contemporâneo.

Finalmente, o capítulo quinze, de George Amaral Santos e Naomar de Almeida Filho, apresenta parte da dissertação de mestrado elaborada pelo primeiro, sob orientação do segundo autor, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA, cujo objetivo foi analisar a relação entre o currículo dos cursos de graduação em saúde com os princípios e diretrizes do processo de Reforma Sanitária Brasileira. Para a redação do capítulo, os autores efetuaram um recorte que privilegia a análise do “currículo oculto” nos cursos de graduação, enfatizando a percepção dos egressos do BI em Saúde que ingressaram em cursos de Medicina e Enfermagem, a partir de 2012.

Como se pode constatar pelo exposto nesta breve apresentação, esta coletânea reúne trabalhos que evidenciam o impacto positivo da criação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, tanto pelo que tem significado em termos da ampliação do acesso dos filhos da classe

trabalhadora aos estudos superiores, quanto por constituir-se em um espaço de problematização dos saberes e práticas do campo da saúde nas sociedades contemporâneas. Nesse sentido, os textos explicitam parte do trabalho que vem sendo realizado nos cursos já implantados – UFBA e UFRB – e apontam os desdobramentos do projeto original, no novo curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que será implantado na Universidade Federal do Sul da Bahia. Com isso, observa-se a ampliação e diversificação de experiências pedagógicas, que certamente estimularão o debate em torno das mudanças necessárias na formação superior em saúde no Brasil.

Além disso, constata-se o quanto o desenvolvimento do BI em Saúde tem contribuído para o fortalecimento de linhas de pesquisa sobre temas relevantes da atual situação de saúde da população brasileira, as quais configuram espaços de articulação de conceitos provindos de diversas perspectivas e abordagens teórico-metodológicas, exercitando, assim, práticas de pesquisa que envolvem distintos sujeitos, em uma polifonia de vozes que contribui para a compreensão da complexidade de problemas que não suportam recortes disciplinares e exigem o estabelecimento de diálogos interdisciplinares e interculturais.

Com isso, percebe-se também que a implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, mais que uma experiência pedagógica e uma mudança no modelo de formação superior, vem se constituindo em um espaço de articulação de docentes, estudantes, lideranças comunitárias e colaboradores de diversos projetos, em torno da consolidação do processo de mudança das concepções e práticas de saúde, iniciado com o debate em torno da Reforma Sanitária, cujas raízes, atualmente, estendem-se, aprofundam-se e se multiplicam inclusive nos espaços de prática do BI em Saúde.

As organizadoras
Junho de 2014

PARTE 1

**FORMAÇÃO SUPERIOR
EM SAÚDE NO BRASIL:
PANORAMA, TENDÊNCIAS
E PROJETOS INOVADORES**



CAPÍTULO 1

REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE (1974-2011)

MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

WILLY VINÍCIUS LACERDA LOPES

CÁSSIO HIDEAKI WATANABE MATOS

CARMEN FONTES TEIXEIRA

INTRODUÇÃO

Nos últimos 40 anos, o Brasil vem passando por um amplo e complexo processo de reforma do seu sistema de saúde com vistas à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), calcado nos princípios constitucionais da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. (BRASIL, 1988; PAIM, 2008; PAIM et al., 2011) Muito embora a reforma do sistema de serviços de saúde dependa da existência de profissionais qualificados e comprometidos com a garantia do direito à saúde dos cidadãos, os esforços e iniciativas desencadeados até então parecem insuficientes para alterar o modelo de formação ainda prevalente nos atuais cursos de graduação em saúde.

Com efeito, em que pese os esforços realizados na implementação de reformas curriculares em vários cursos da área (PAIM, 2006), esta reconfiguração, entretanto, não tem sido acompanhada de mudanças qualitativas nos modelos e processos de ensino capazes de produzir alterações significativas nos perfis profissionais/ocupacionais dos egressos, atualmente caracterizados pelo baixo compromisso e relevância atribuída ao SUS, dificuldade para atuação em equipe multiprofissional, pobre formação humanística e desvinculada do contexto sociocultural da realidade (ALMEIDA FILHO, 2011), o que dificulta e, muitas vezes, impede a constituição de sujeitos críticos capazes de contribuir para a necessária transformação das práticas de saúde e da organização e gestão dos sistemas e serviços.

26

O desafio de estabelecer as condições que assegurem o acesso universal a serviços de saúde resolutivos e com qualidade, portanto, impõe a reflexão acerca do processo de formação e capacitação de profissionais para atuação no setor. Tornam-se, portanto, necessários estudos que permitam identificar os principais problemas com relação à educação superior em saúde no Brasil e analisar as propostas apresentadas com relação ao aperfeiçoamento das práticas de formação superior em saúde.

O objetivo deste capítulo é apresentar os resultados da revisão bibliográfica de 386 trabalhos sobre o ensino de graduação em saúde, indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), cobrindo o período compreendido entre 1974-2011. Trata-se de discutir as características do conjunto da produção científica tanto do ponto de vista da distribuição por ano e revista onde foi publicado, quanto do tema abordado. Com isso, busca-se contribuir para a compreensão das tendências e perspectivas da produção acadêmica brasileira sobre a formação superior em saúde, tratando de identificar lacunas e problemas relevantes para a investigação acerca da educação e do ensino de graduação em saúde.

Muito embora se reconheça a importância fundamental dos trabalhadores de saúde de nível médio, concentra-se o foco naquelas profissões de saúde de nível superior, reconhecidas enquanto área da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (BRASIL, 1998)

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Realizou-se uma revisão da literatura sobre o ensino de graduação em saúde no Brasil, tendo como fonte de informação os trabalhos indexados

na base de dados SciELO, considerando que esta abriga em seu acervo os principais periódicos nacionais na área. Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – (<http://decs.bvs.br/>), a busca foi conduzida utilizando os seguintes descritores e unitermos: “Formação de Recursos Humanos em Saúde”, “Educação Superior em Saúde”, “Ensino Superior em Saúde”, “Ensino-Aprendizagem em saúde”, “Educação Médica”, “Educação em Farmácia”, “Educação em Veterinária”, “Educação em Enfermagem”, “Educação Profissional em Saúde Pública”, “Educação em Odontologia”, “Formação em Odontologia”, “Ensino Odontológico”, “Currículo de Odontologia”, “Educação Superior em Odontologia”, “Odontologia em Saúde Pública”, “Educação de Graduação em Medicina”, “Mudanças no Ensino Médico”, “Reforma do Ensino Médico”, “Reforma da Educação Médica”, “Reforma Flexner”, “Educação Baseada em Competências”, “Formação e Desenvolvimento de Pessoal de Saúde”, “Modelos Educacionais em Saúde”, “Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde”, “Política de Educação Superior em Saúde”, “Integração Docente-Assistencial”, “Projeto Pedagógico em Saúde”.

27

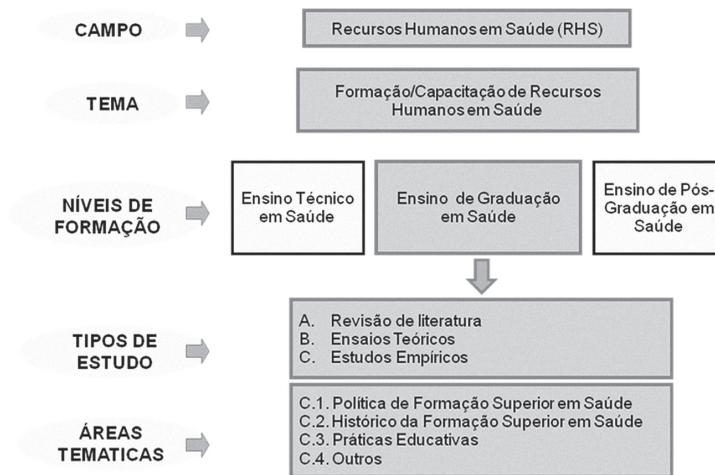
Os documentos que constituem o universo do estudo foram identificados com a utilização do método integrado de pesquisa na ferramenta de busca. O conjunto de descritores foi, então, utilizado para identificar os artigos, considerando-se, para essa finalidade, todo o período disponível. A consulta à base de dados e o levantamento dos resumos foram realizados entre janeiro e outubro de 2012. No cômputo geral, foram selecionados 1498 resumos de artigos publicados em diversos periódicos científicos nacionais. Desse total, foram excluídos os trabalhos duplicados (449), as publicações em língua estrangeira (198) e as publicações sem resumo (33), resultando num primeiro conjunto de 818 publicações. Após a leitura dos resumos, outros 432 estudos foram excluídos por impertinência temática, por tratarem de tema alheio ao objetivo do estudo (formação técnica em saúde, formação de pós-graduação, educação profissional, educação continuada, educação permanente, residência, aperfeiçoamento profissional, educação popular, educação para o controle social), resultando num universo de 386 artigos, que se constituíram na matéria-prima do estudo.

CLASSIFICAÇÃO E PROCESSAMENTO DA PRODUÇÃO

Os 386 resumos selecionados foram lidos e classificados de acordo com as seguintes unidades de análise: 1) ano de publicação; 2) tipo de estudo; 3) tema abordado e 4) periódico onde foi publicado. Com relação ao tipo de estudo, os trabalhos foram classificados em:

- A. Revisão de Literatura: compreendendo estudos de revisão bibliográfica sobre aspectos gerais e específicos do processo de formação de pessoal em saúde.
- B. Ensaio teórico: abrangendo estudos que abordam questões conceituais relacionadas com os objetivos e finalidades do processo formativo em saúde, com a problematização dos modelos de educação superior e com a introdução de inovações no processo de formação de diversas categorias profissionais da área.
- C. Estudos Empíricos: estudos que tomam como objeto problemas político-gerenciais, organizativos ou operacionais, relativos aos diversos aspectos do processo de formação superior em saúde, incluindo a produção e análise de dados quantitativos e/ou qualitativos, os quais foram classificados em quatro categorias temáticas:
- C.1. Políticas de Formação Superior em Saúde: estudos que analisam o papel do Estado e da sociedade na formação de recursos humanos em saúde, tendo como objeto a formulação, implantação e avaliação de políticas, planos, diretrizes, programas, leis e normas da educação superior em saúde, abordando, ainda, as relações entre o sistema de formação, o mercado de trabalho e o sistema de saúde, incluindo estudos sobre legislação e regulamento do exercício profissional.
- C.2. Histórico da Formação Superior em Saúde: estudos biográficos, investigações histórico-sociais sobre políticas, programas, e cursos, bem como instituições que atuam na formação superior em saúde, tais como universidades, escolas, fundações, organismos internacionais, etc., e investigações sobre a história das profissões de saúde, com ênfase nos aspectos educacionais.
- C.3. Práticas educativas: estudos que tratam dos conteúdos do processo de ensino-aprendizagem, assim como dos agentes das práticas de ensino (docentes e discentes). Abrancam trabalhos sobre formulação, implantação, reforma e integração de conteúdos curriculares; perfil de formação e de competências dos profissionais de saúde; experiências disciplinares inovadoras; metodologias de ensino; tecnologias educacionais; processos de avaliação, além dos cenários das práticas educativas.
- C.4. Outros – trabalhos que não foram classificados nas categorias anteriores.

FIGURA 1 – QUADRO SÍNTESE DA PROPOSTA METODOLÓGICA DA PESQUISA



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados e discussão

A descrição e análise dos resultados encontrados a partir do processamento das informações extraídas dos 386 resumos selecionados estão apresentadas a seguir. Inicialmente, destaca-se a evolução temporal da produção sobre o ensino de graduação em saúde ao longo do período 1974-2011, seguida da classificação dessa produção por tipo de estudo e área temática, com ênfase nas características da produção sobre Práticas Educativas. Finalmente, apresenta-se a distribuição dos trabalhos pelos periódicos, segundo áreas de conhecimento.

Evolução temporal

Para balizar a análise da evolução temporal, tratamos de agregar a produção científica em dois períodos, utilizando como ponto de corte a identificação de fatos relevantes na conjuntura político-institucional que incidiram sobre os rumos da educação superior no país, especialmente na área da saúde. Nesse sentido, o primeiro período (1974-2002) corresponde a distintas conjunturas que envolvem desde a implantação da estratégia de integração docente-assistencial através dos Projetos IDA e UNI e da criação da Rede UNIDA, nas décadas de 1980 e 90, passando pela aprovação da Lei nº 9.394, de 24 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), até os anos 2000 quando

se desencadeou o debate em torno da implantação do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED),¹ e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde.² (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013) O segundo período que inicia em 2003, estendendo-se até 2011, corresponde à formulação e implantação de várias iniciativas governamentais que incidiram, de modo geral, sobre o ensino superior no país, a exemplo do Programa Universidade para Todos (PROUNI), lançado em 2004, e do Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), através do Decreto n.º 6.096/07, ou voltadas especificamente ao setor saúde, tais como: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE),³ o Programa Nacional de Telessaúde (Telessaúde),⁴ a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS),⁵ o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)⁶ e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).⁷

O estabelecimento dessa periodização tem como pressuposto a possível influência dessas medidas reguladoras (leis, decretos e portarias) e das políticas governamentais dirigidas ao ensino superior sobre a produção acadêmica, ou seja, na realização de estudos e pesquisas que tomam por objeto os diversos aspectos: jurídicos, políticos, históricos, institucionais e pedagógicos do processo de formação das diversas categorias profissionais na área da saúde.

O gráfico da figura 2 apresenta a evolução temporal da produção científica investigada. Pode-se observar que, durante o período compreendido entre 1974 a 2002, a produção ocorre num ritmo lento, com publicação de 1 a 2 artigos por ano, sendo que, a partir de 1997, esse número começa a aumentar discretamente, ainda que com oscilações. Nesse período, foram

1 Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002.

2 Até o ano de 2002, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para dez dos quatorze cursos de graduação em saúde: Enfermagem, Medicina e Nutrição (2001), e Ciências Biológicas, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (2002). Os cursos de Biomedicina e Medicina Veterinária tiveram as DCN aprovadas em 2003 e os cursos de Educação Física e Psicologia em 2004.

3 Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.

4 Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007.

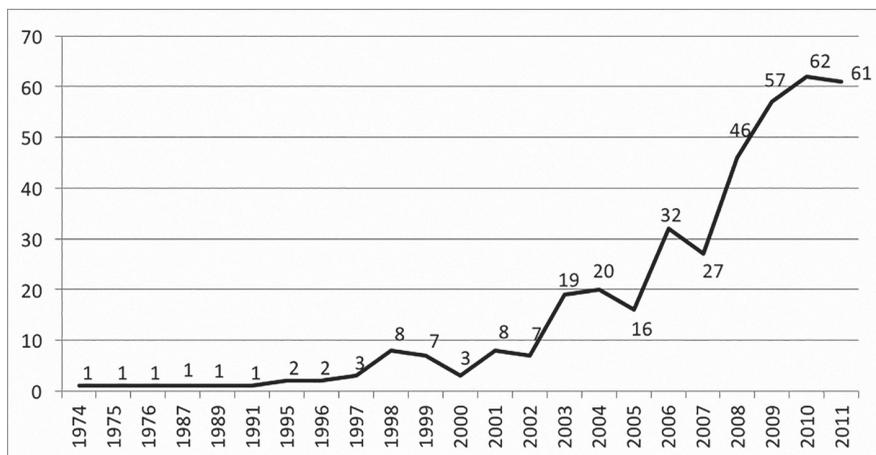
5 Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

6 Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.

7 Decreto presidencial nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010.

encontrados 46 artigos que correspondem a 11,9% do total de resumos selecionados e uma produção sempre inferior a 10 artigos por ano.

FIGURA 2 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE (1974-2011)



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir de 2003, observa-se uma ampliação significativa no número de trabalhos publicados anualmente, registrando, até o final de 2011, um total de 340 artigos (88,1%), resultando num crescimento de 639% na comparação dos períodos 1974-2002 (n=46) e 2003-2011 (n=340). Muito embora seja necessário atentar para o fato de que a maioria dos periódicos indexados na base de dados do SciELO esteja disponível apenas a partir da década de 1990, é possível supor que as mudanças introduzidas na educação superior brasileira, especialmente nos últimos 10 anos, tenham estimulado a realização de estudos e pesquisas sobre o tema.

Distribuição por tipo de estudo e área temática

Conforme se verifica na Tabela 1, do conjunto de 386 textos, os estudos empíricos correspondem à maior parte da produção (80%), seguidos dos ensaios teóricos (13,7%) e dos estudos de revisão de literatura (6,2%).

TABELA 1 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DA PRODUÇÃO SELECIONADA POR TIPO DE ESTUDO E ÁREA TEMÁTICA (1974-2011) – BRASIL: 2013

Tipo de estudo/ Área temática	Período		Total n (%)
	1974-2002 n (%)	2003-2011 n (%)	
Revisão de literatura	1 (2,2)	23 (6,8)	24 (6,2)
Ensaio teórico	6 (13,0)	47 (13,8)	53 (13,7)
Estudos Empíricos	39 (84,7)	270 (79,4)	309 (80,0)
C.1. Política de FSS*	3 (6,5)	26 (7,6)	29 (7,5)
C.2. Histórico da FSS*	6 (13,0)	32 (9,4)	38 (9,8)
C.3. Práticas educativas	30 (65,2)	209 (61,5)	239 (61,9)
C.4. Outros	0 (0,0)	3 (0,9)	3 (0,8)
Total	46 (100,0)	340 (100,0)	386 (100,0)

*FSS = Formação Superior em Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores.

32

Quando se analisa a distribuição dos estudos empíricos por área temática, chama a atenção o fato de que a maioria dos trabalhos (61,9%) aborda questões relacionadas às práticas educativas, ou seja, processos de reforma curricular, experiências inovadoras no âmbito de disciplinas e cursos, introdução de novas metodologias de ensino, implantação de tecnologias educacionais, adoção de novos processos de avaliação de aprendizagem ou a diversificação dos cenários das práticas educativas, sendo que a maioria esmagadora desses trabalhos – 87,4% (n= 209) – foi realizada no período 2003-2011.

Em segundo lugar, aparecem os trabalhos acerca do histórico da FSS (9,8%), seguidos dos estudos sobre políticas de FSS (7,5%) e Outros (0,8%), sendo que, em todas as áreas temáticas, a maior parte dos trabalhos foi produzida no período mais recente. Isso pode estar evidenciando que, além do interesse específico dos diversos autores com o registro e análise de questões enfrentadas no cotidiano das práticas educativas, está ocorrendo um processo de diversificação de temas de interesse na pesquisa da área, chamando a atenção o aumento do volume de estudos sobre aspectos históricos e políticos da formação superior em saúde, bem como o interesse por estudos teóricos. É possível que as mudanças que vêm ocorrendo no âmbito do sistema de saúde, com repercussões no mercado de trabalho do setor, tenham estimulado a produção de pesquisas sobre os modelos de formação de pessoal e as políticas formuladas no período mais recente, mas, quanto ao aumento de estudos teóricos e históricos, é necessária a realização de estudos mais aprofundados que venham elucidar os determinantes desse processo. De todo modo, considerando o maior

volume de estudos sobre práticas educativas, apresenta-se a seguir uma análise mais detalhada desse conjunto.

CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO SOBRE PRÁTICAS EDUCATIVAS

Do ponto de vista da evolução temporal, a produção sobre práticas educativas, assim como registrado para o universo de resumos selecionados, apresenta uma maior concentração (87,5%, n= 209) no segundo período (2003-2011), resultado de um crescimento exponencial quando comparado à produção registrada no período anterior. De fato, partindo dos trinta trabalhos registrados no primeiro período, registrou-se um aumento de quase sete vezes no período 2003-2011 (Tabela 2).

33

TABELA 2 - EVOLUÇÃO TEMPORAL DA PRODUÇÃO RELACIONADA À ÁREA TEMÁTICA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS POR SUBÁREA TEMÁTICA (1974-2011) – BRASIL: 2013

Subáreas temáticas	Período		Total
	1974-2002	2003-2011	
	n (%)	n (%)	n (%)
Conteúdos do processo de ensino-aprendizagem			
Reforma ou inovações no currículo	0 (0,0)	26 (12,4)	26 (10,9)
Experiências disciplinares inovadoras	3 (10,0)	27 (12,9)	30 (12,5)
Subtotal	3 (10,0)	53 (25,3)	56 (23,4)
Processo de ensino-aprendizagem			
Implantação de novas metodologias de ensino	3 (10,0)	13 (6,2)	16 (6,7)
Implantação de novas tecnologias educacionais	4 (13,3)	14 (6,7)	18 (7,5)
Cenário das práticas	13 (43,3)	29 (13,9)	42 (17,6)
Processos de avaliação	0 (0,0)	6 (2,9)	6 (2,5)
Subtotal	20 (66,7)	62 (29,7)	82 (34,3)
Agentes das práticas			
Docentes	3 (10,0)	25 (12,0)	28 (11,7)
Discentes	3 (10,0)	53 (25,3)	56 (23,4)
Ambos	1 (3,3)	10 (4,8)	11 (4,6)
Subtotal	7 (23,3)	88 (42,1)	95 (39,7)
Outros	0 (0,0)	6 (2,8)	6 (2,5)
Total	30 (100,0)	209 (100,0)	239 (100,0)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Analisando os 239 estudos classificados na área temática de Práticas Educativas, segundo subáreas temáticas, tem-se que a maior parte dos

trabalhos (39,7%, n= 95) investigou aspectos relativos aos agentes das práticas de ensino, sendo que os estudos sobre os discentes (23,4%, n=56) foram duas vezes mais frequentes que aqueles que se ocuparam dos docentes (11,7%, n=28).

A leitura dos resumos de trabalhos sobre os discentes revela uma multiplicidade de aspectos que foram objeto de pesquisa, a exemplo de investigações acerca da situação de saúde dos alunos (CONTE; GONÇALVES, 2006), da percepção dos estudantes quanto à sua qualidade de vida (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006), do processo de formação superior em saúde em geral (MORETTI PIRES, 2009) e sobre a introdução de inovações metodológicas no processo de formação. (MARIN et al., 2010) As pesquisas sobre os docentes, por sua vez, contemplam a percepção dos professores universitários acerca da sua prática pedagógica (CASTANHO, 2002; ROZENDO et al., 1999), da utilização de portfólios na formação de profissionais de saúde (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008), bem como sobre a formação e seleção de professores para atuação em currículos inovadores na área de saúde. (MACHADO, J.; MACHADO, V.; VIEIRA, 2011)

34

Em seguida, aparecem os estudos que tratam do *processo ensino-aprendizagem* em si (34,3%, n= 82), com destaque para as investigações sobre os cenários das práticas educativas que correspondem à metade dos trabalhos classificados nesta subárea temática (17,6%, n= 42). Nesse particular, chama atenção a presença de trabalhos que analisam experiências inovadoras de integração docente-assistencial (SANTOS et al., 1995), inclusive relatos de experiência dos projetos UNI. (FEUERWERKER; SENA, 2002)

A introdução de novas tecnologias de ensino responde por 7,5% dos estudos (n=18), com destaque para o desenvolvimento de materiais de aprendizagem baseados em tecnologia de informação para ensino presencial e/ou à distância nas diversas áreas, enquanto as pesquisas sobre a implantação de novas metodologias de ensino (6,7%, n=16) enfatizam a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem que estimulam a participação ativa dos discentes, a exemplo da “problematização” e da aprendizagem baseada em problemas (ABP). (BARROS; LOURENÇO, 2006; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; ESPÍRITO SANTO et al., 2008; MITRE et al., 2008; SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011)

Na sequência, registram-se investigações voltadas aos conteúdos do processo de ensino-aprendizagem (23,4%, n=56), com discreta predominância dos estudos que tratam de experiências disciplinares inovadoras (12,5%, n=30) em relação àqueles voltados à reforma e inovações curriculares mais abrangentes (10,9%, n=26). Desse modo, apesar do estímulo que tem sido propiciado pela implantação das DCN e outras iniciativas governamentais, no que diz respeito ao desencadeamento de reformas

curriculares mais amplas, percebe-se uma discreta predominância de estudos que relatam experiências pontuais realizadas por docentes responsáveis pelo ensino de componentes curriculares específicos, com destaque para os temas: administração em enfermagem (GRECO, 2004; GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004; VALE; GUEDES, 2004; DIAS et al., 2004; FRANCISCO; CASTILHO, 2006; PIRES et al., 2009), Bioética (FERREIRA; RAMOS, 2006; CARNEIRO et al., 2010; DANTAS; MARTINS; MILITÃO, 2011; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011) e promoção da saúde. (SILVA et al., 2009; CASANOVA; MORAES; RUIZ-MORENO, 2010; SPERANDIO et al., 2010)

As propostas de reforma ou inovação curricular, por sua vez, concentram-se nos cursos de enfermagem (MOTTA; ALMEIDA, 2003; SILVA; KEIM; BERTONCINI, 2003; OLIVEIRA et al., 2003; NOZAWA et al., 2003; SANTOS et al., 2003; TAKEDA et al., 2004; REZENDE et al., 2006; FERNANDES et al., 2007), medicina (GARCIA et al., 2007; RIOS et al., 2008; ABDALLA et al., 2009; SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011), odontologia (LEMONS; FONSECA, 2009; MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2011; COSTA; ARAUJO, 2011), fisioterapia (SIGNORELLI et al., 2010; MARÃES et al., 2010), fonoaudiologia (TRENCHÉ; BARZAGHI; PUPO, 2008), educação física (ANJOS; DUARTE, 2009), psicologia (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011) e saúde coletiva. (TEIXEIRA, 2003)

DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS PELAS REVISTAS SEGUNDO ÁREA DE CONHECIMENTO

O conjunto de trabalhos identificados englobando todas as áreas temáticas está distribuído em 54 periódicos científicos nacionais, sendo que apenas 16 deles concentram 85,8% do total da produção (Tabela 3). A análise da distribuição dos artigos segundo área de conhecimento revela a desigualdade existente na base operacional de onde emanam as publicações (grau de institucionalização da pesquisa sobre o tema nas diversas escolas, faculdades, programas e cursos de pós-graduação), bem como a desigualdade de acesso a revistas científicas.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS NOS PERIÓDICOS NACIONAIS SEGUNDO ÁREA DO CONHECIMENTO - BRASIL: 2013

Áreas de conhecimento	Periódicos	N	%
Enfermagem	Rev. bras. Enferm.	63	16,3
	Rev. esc. enferm. USP	26	6,8
	Texto contexto - enferm.	15	3,9
	Esc. Anna Nery	12	3,1
	Rev. Latino-Am. Enfermagem	11	2,8
	Acta paul. enferm.	6	1,6
	Rev. Gaúcha Enferm.	5	1,3
	Subtotal	138	35,8
	Medicina	Rev. bras. educ. med.	86
Subtotal		86	22,3
Saúde Pública /Coletiva		Ciênc. saúde coletiva	35
	Cad. Saúde Pública	8	2,1
	Rev. Saúde Pública	7	1,8
	Physis	5	1,3
	Subtotal	55	14,3
Interdisciplinar	Interface (Botucatu)	36	9,3
	Hist. cienc. saúde-Manguinhos	7	1,8
	Saude soc.	5	1,3
	Trab. educ. Saúde	4	1,0
	Subtotal	52	13,4
Outros estudos	Subtotal	55	14,2
	Total Geral	386	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cabe ainda comentar a própria diversidade das revistas, que revela, de um lado, a desigualdade historicamente configurada das diversas profissões da área de saúde, indicando um amplo predomínio de duas categorias, notadamente enfermagem (35,8% n=138) e medicina (22,3%, n=86), que, somadas, correspondem a 58,1% do total de trabalhos. Na sequência, aparecem os periódicos da área da Saúde Pública/Coletiva, com 14,3% da produção (n= 55), seguidos de perto pelos trabalhos publicados em revistas que adotam uma perspectiva interdisciplinar - 13,4% (n=52) -, sendo

que, no primeiro caso, merece destaque a publicação *Ciência e Saúde Coletiva*, com 35 estudos, e, no segundo, o periódico *Interface*, com 36 artigos publicados sobre o tema. Tal fato parece indicar uma tendência crescente na utilização de abordagens interdisciplinares para a pesquisa sobre temas relacionados à educação no campo da saúde, ainda mais se considerarmos que todas as revistas classificadas nesta categoria são mais recentes que as da área de enfermagem, medicina e saúde pública/coletiva, pois foram criadas somente a partir da década de 1990.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou caracterizar a produção científica brasileira, indexada na base de dados SciELO, relacionada à temática da formação superior em saúde, com ênfase nos trabalhos que tratam, especificamente, do ensino de graduação, a partir da análise dos resumos dos artigos científicos publicados, no país, nos últimos 40 anos. Tomando como ponto de partida, o modelo teórico concebido por Garcia (1972), no início da década de 1970, para estudar o ensino da medicina no continente latino-americano, procedeu-se, inicialmente, com a revisão e adaptação da proposta, o que permitiu a construção de uma tipologia para classificação dos resumos em diferentes áreas temáticas.

37

A leitura e análise dos resumos selecionados revelaram um aumento expressivo e uma tendência crescente da produção científica voltada a esta temática, quando comparados os dois períodos analisados, o que sugere que o interesse dos pesquisadores em analisar os problemas ou questões relacionadas à educação no campo da saúde podem estar sendo determinadas por inflexões na política educacional e de saúde do país.

A classificação em áreas temáticas indicou um marcante predomínio de investigações que abordam as Práticas Educativas, o que revela uma maior preocupação com os aspectos pedagógicos do processo de formação superior em saúde, em comparação com os aspectos políticos, históricos e institucionais. A maioria dos trabalhos dessa área se ocupou de questões relativas aos cenários de aprendizagem, à introdução de novas tecnologias de ensino baseadas em tecnologia de informação para ensino presencial e/ou à distância e à adoção de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, a exemplo da “problematização” e da aprendizagem baseada em problemas (ABP).

Constatou-se, por fim, uma distribuição desigual dos trabalhos pelas revistas segundo área de conhecimento, atribuindo-se esta diferença aos distintos graus de desenvolvimento e institucionalização das profissões, tornando-se necessário a realização de novas pesquisas que permitam uma reflexão mais aprofundada sobre as condições históricas dos processos de produção do conhecimento na área.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 44-52, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, jun. 2011.

ANJOS, T. C. dos; DUARTE, A. C. G. de O. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

BARROS, N. F. de; LOURENÇO, L. C. de A. O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseado em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 136-146, set./dez. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

CARNEIRO, L. A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 412-421, jul./set. 2010.

CASANOVA, I. A.; MORAES, A. A. de A.; RUIZ-MORENO, L. O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. *Pro-Posições*, Campinas, v. 21, n. 3, p. 219-234, set./dez. 2010.

CASTANHO, M. E. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 51-61, fev. 2002.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona [quatorze] categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio 1999. Seção 1, p. 164.

CONTE, M.; GONÇALVES, A. Ampliando elementos da educação médica: morbidade referida em universitários de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 15-19, jan./abr. 2006.

COSTA, I. do C. C.; ARAÚJO, M. N. T. de. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 1181-1189, 2011.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.

DANTAS, A. A.; MARTINS, C. H.; MILITÃO, M. S. R. O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 69-76, mar. 2011.

DIAS, D. C. et al. Reflexões sobre o desafio da administração da educação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 490-492, jul./ago. 2004.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G. do et al. Problematização de temáticas de promoção da saúde do idoso a partir de uma vivência dramaturgica. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 165-175, jan./mar. 2008.

FERNANDES, J. D. et al. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 830-834, dez. 2007.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-331, set. 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-49, fev. 2002.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4481-4492, nov. 2011.

FRANCISCO, I. M. F.; CASTILHO, V. A inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada à enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 13-19, mar. 2006.

GAIDZINSKI, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. de F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 464-466, ago. 2004.

GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1972. (Publicación Científica, 255).

GARCIA, M. A. A. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155, ago. 2007.

GRECO, R. M. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 504-507, ago. 2004.

LEMOS, C. L. S.; FONSECA, S. G. de. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 57-69, jan./mar. 2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao*, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1145-1157, out./dez. 2011.

40

MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 326-333, set. 2011.

MALTAGLIATI, L. A.; GOLDENBERG, P. O lugar da pesquisa na reorganização curricular em odontologia: desafios de origem para um debate atual. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 436-447, jun. 2011.

MARÃES, V. R. F. S. et al. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioterapia em movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 311-321, abr./jun. 2010.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, dez. 2008.

MORETTI PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul./set. 2009.

MOTTA, M. de G. C. da.; ALMEIDA, M. de A. Repensando a licenciatura em enfermagem à luz das diretrizes curriculares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 417-419, jul./ago. 2003.

NOZAWA, M. R. et al. Ensino de graduação em enfermagem da Unicamp: políticas e práticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 56, n. 6, p. 683-686, dez. 2003.

- OLIVEIRA, B. R. G. de et al. Avaliação e construção de um projeto político pedagógico para a graduação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 369-373, ago. 2003.
- OLIVEIRA, R. A. de; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 254-261, abr./jun. 2006.
- PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.
- PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde. *Texto Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 559-567, jul./set. 2009.
- REZENDE, K. T. A. et al. Implementando as unidades educacionais do curso de enfermagem da Famema: relato de experiência. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao, Botucatu*, v. 10, n. 20, p. 525-535, jul./dez. 2006.
- RIOS, I. C. et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 112-121, jan./mar. 2008.
- ROZENDO, C. A. et al. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 15-23, abr. 1999.
- SANTOS, M. T. T. et al. Revisão da prática assistencial em uma unidade de saúde: experiência desenvolvida em um projeto de integração docente-assistencial. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 5-14, jul. 1995.
- SANTOS, R. M. dos et al. Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem/UFAL: adequações às diretrizes curriculares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 6, p. 690-694, dez. 2003.
- SIGNORELLI, M. C. et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 331-340, abr./jun. 2010.
- SILVA, C. R. L. D. da; KEIM, E. J.; BERTONCINI, J. H. Transdisciplinaridade na educação para a saúde: um planejamento para a graduação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 424-428, jul./ago. 2003.

SILVA, K. L. da et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, fev. 2009.

SILVA, R. F. da; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 721-734, out./dez. 2008.

SILVA, R. H. A. da; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 77-93, mar./jun. 2011.

42

SOUZA, P. A. de; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25, mar. 2011.

SPERANDIO, A. M. G. et al. Ensino e práticas de promoção da saúde durante o primeiro ano de medicina - Unicamp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 615-621, out./dez. 2010.

TAKEDA, E. et al. A formação do enfermeiro para o cuidado na atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 2, p. 247-249, mar./abr. 2004.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, ago. 2003.

TRENCHÉ, M. C. B.; BARZAGHI, L.; PUPO, A. C. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico de formação na área da Fonoaudiologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 697-711, out./dez. 2008.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 475-478, jul./ago. 2004.

CAPÍTULO 2

A PRÁTICA EDUCATIVA NO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA

CARMEN FONTES DE SOUZA TEIXEIRA
MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO

INTRODUÇÃO

O curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA completa, em 2014, seis anos de existência, contando atualmente com cerca de mil estudantes matriculados regularmente. Implantado a partir de 2008, como parte do processo de criação dos quatro cursos de Bacharelado Interdisciplinar (Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia, Saúde), o BI em Saúde ofereceu 100 vagas em 2009, no turno noturno, número logo elevado para 300 por ano, sendo 100 no turno diurno e 200 no noturno, a maioria das quais preenchidas, inicialmente, através de vestibular (2009), a partir de 2010 através dos resultados dos candidatos ao ENEM e, mais recentemente, através do SISU.

A implantação do curso contemplou a articulação de vários processos simultâneos, desencadeados com a criação da nova unidade acadêmica que sedia os Bacharelados Interdisciplinares, qual seja o Instituto de Humanidades,

Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC), espaço no qual ocorreu, paulatinamente, a conformação do corpo docente, a elaboração do projeto político-pedagógico de todos os BI e a organização dos colegiados responsáveis pela coordenação dos processos acadêmicos. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a)

44 Ao mesmo tempo, iniciou-se o oferecimento dos componentes curriculares que integram os eixos estruturantes do curso, quais sejam o eixo Interdisciplinar, composto pelos Estudos da contemporaneidade I e II, sob a responsabilidade do corpo docente do IHAC, o eixo Linguagens, que inclui componentes oferecidos pelo Instituto de Letras, o eixo Culturas, composto por componentes curriculares oferecidos por diversas unidades acadêmicas das áreas de Artes, Humanidades e Ciências, bem como os componentes específicos do eixo Saúde, dos quais os obrigatórios encontram-se sob a responsabilidade dos docentes do IHAC vinculados ao colegiado do curso e os optativos são selecionados pelos alunos no conjunto de componentes oferecidos pelas várias unidades da área de saúde da UFBA.

Os primeiros relatos e análises dessa experiência destacam o propósito do curso, qual seja propiciar uma formação geral na área de saúde, correspondente ao primeiro ciclo, preparatório à formação profissional, que pode ocorrer através do ingresso do graduado em um curso profissionalizante da área ou diretamente em um curso de pós-graduação. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a) Também descrevem as características do planejamento acadêmico do curso, enfatizando a flexibilidade do desenho curricular, que permite aos alunos relativa autonomia na construção de sua trajetória acadêmica. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b) De fato, o BI constitui um curso superior com terminalidade própria, conferindo um diploma de Bacharel Interdisciplinar em Saúde, título que não autoriza o exercício de uma das profissões regulamentadas na área, embora, evidentemente, possibilite a inserção no mercado de trabalho no setor, desde quando não se exija competência profissional específica.

Estas e outras características do curso, que até o momento só tem similar no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde oferecido pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, tem estimulado a reflexão dos docentes e a movimentação dos estudantes em torno de vários aspectos, tanto os estritamente acadêmicos, relacionados com a operacionalização dos princípios e diretrizes do curso nos diversos componentes curriculares e atividades complementares, quanto os aspectos políticos e organizacionais, que dizem respeito à inserção do BI na arquitetura acadêmica da universidade, ou seja, na efetiva institucionalização do regime de ciclos na UFBA.

Este trabalho traz, especificamente, um pouco da reflexão acerca da prática educativa no BI em Saúde, suscitada pela experiência das autoras, tanto por sua participação na elaboração do projeto político-pedagógico quanto pelo fato de serem, desde 2009, docentes de componentes

curriculares que compõem o eixo ‘formação específica’, a partir dos quais foram desenvolvidas atividades de pesquisa e extensão que contaram com a participação de centenas de estudantes.

Esses espaços criaram, ao longo destes anos, oportunidades para a revisão e aprofundamento dos princípios, conceitos e métodos que constituem o referencial teórico e político-pedagógico do BI Saúde, a exemplo da ‘interdisciplinaridade’, ‘diversidade cultural’, e mais especificamente, o conceito de ‘campo da saúde’, que fundamenta e demarca os saberes e práticas incorporados ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado pelos alunos com a colaboração dos docentes e funcionários vinculados direta ou indiretamente ao curso.

Nessa perspectiva, o objetivo deste capítulo é descrever e analisar como se deu a incorporação e operacionalização desses conceitos na prática educativa do BI em Saúde, tomando como referência os conteúdos curriculares e as práticas de ensino, pesquisa e extensão que dão suporte à apropriação desses conceitos e ao aprendizado de métodos, técnicas e instrumentos de trabalho intelectual, que permitem aos estudantes adquirirem conhecimentos, habilidades e atitudes consentâneas com os princípios e valores pretendidos pelo curso. Para isso, apresentamos, inicialmente, uma reflexão acerca do marco conceitual e do perfil de competências proposto no projeto pedagógico e, em seguida, analisamos o que vem sendo feito para concretizar um aprendizado interdisciplinar e intercultural sobre os saberes e práticas do campo da saúde, exemplificando com experiências vivenciadas pelos docentes e estudantes em diversos momentos do curso.

45

MARCO CONCEITUAL DO BI EM SAÚDE: REFERENCIAIS DA PRÁTICA EDUCATIVA

A elaboração da proposta de criação dos Bacharelados Interdisciplinares na UFBA fundamentou-se na revisão de questões de caráter epistemológico, teórico, político e pedagógico, presentes na obra de vários autores que têm trabalhado com temas que repercutem no debate sobre a reforma universitária no mundo e no Brasil. Nesse sentido, a comissão criada no âmbito da Reitoria, em 2006, para aprofundar os estudos que subsidiassem a elaboração de propostas de renovação do ensino de graduação, elaborou um conjunto de textos que contemplam a reflexão acerca das mudanças que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo e seu impacto nas relações entre universidade e sociedade.

Uma revisita a esses textos permite que se compreenda o contexto político-institucional em que foi gestada a proposta do BI (ROCHA et al.,

2014), mas também aponta elementos que caracterizavam o contexto intelectual que marcou o surgimento dessa proposta, ou seja, o debate em torno da ‘globalização’ (SANTOS, 2003) e ‘crise da universidade’ (SANTOS, 1997), ponto de partida para a revisão das propostas que vêm sendo discutidas, elaboradas e implementadas em outros países e em outros estados do Brasil, visando adequar e, se possível, transformar a arquitetura acadêmica da instituição, de modo a torná-la mais orgânica às necessidades e demandas da sociedade brasileira no momento atual.

46 Esse processo, como já relatado em outros trabalhos, confluuiu para a elaboração do projeto ‘Universidade Nova’ (ALMEIDA FILHO, 2007a), que incluiu, entre outras propostas, a criação dos BI. O importante a destacar, neste capítulo, são os elementos teóricos e conceituais agregados à proposta do curso, os quais indicam a adoção de uma perspectiva epistemológica específica com relação à Ciência, Educação e Cultura, bem como refletem a visão de mundo dos proponentes com relação à saúde, objeto privilegiado de conhecimento e intervenção no âmbito do curso.

Tais pressupostos epistemológicos foram levados em conta no momento de elaboração do ‘projeto original’ do BI, matriz de onde foram desdobrados os projetos político-pedagógicos dos quatro cursos de Bacharelado Interdisciplinar implantados na UFBA. (UFBA, 2008) Especificamente no caso do BI em Saúde, o processo de elaboração do projeto pedagógico implicou na reflexão e adoção dos três pressupostos, que constituem o marco conceitual que fundamenta a proposta do curso, quais sejam:

1. Reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença, em suas múltiplas determinações (biológico/social) e formas de apresentação, no plano individual (objetivo/subjetivo) e coletivo (epidemiológico/sociocultural);
2. Reconhecimento da diversidade de respostas sociais (políticas e práticas) aos problemas e necessidades de saúde, com a concomitante multiplicação de objetos de conhecimento e de práticas de intervenção;
3. Aposta na construção de um modelo pedagógico que contemple uma formação multi-inter-transdisciplinar, que estimule a autonomia do estudante, de modo a que ele aprenda a aprender, acessando informação científica e técnica que lhe permita situar-se com relação aos principais debates do mundo contemporâneo, às políticas de saúde, às tendências do mercado de trabalho e às características das diversas práticas profissionais existentes no campo da saúde.

Os termos grifados correspondem a conceitos que orientaram a construção do perfil do egresso e a elaboração das ementas e programas dos diversos componentes curriculares obrigatórios, aos quais a equipe docente acrescentou, paulatinamente, vários componentes optativos que tentam preencher lacunas identificadas no elenco das disciplinas optativas com as quais o estudante do BI em Saúde busca integralizar a creditação necessária para concluir o curso, disciplinas estas oferecidas pelas diversas unidades da área de saúde da UFBA. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a)

O conceito chave que estrutura a proposta pedagógica do curso, é, obviamente, o conceito de Saúde, termo polissêmico, que contempla, pelo menos, três dimensões: a de saúde enquanto ‘modo de vida’, que diz respeito às condições e estilos de vida dos cidadãos, correlata à compreensão da saúde enquanto ‘prática social’ voltada à sua promoção, proteção e recuperação, e a noção de saúde entendida enquanto ‘área de conhecimento’, conjunto de saberes que podem referir-se tanto à saúde enquanto dimensão da vida, como à saúde enquanto ação, serviço, política, programa e prática.

47

Essa concepção deriva da adoção, pelos proponentes do BI em Saúde, da contribuição teórica de vários autores que, nas últimas décadas, têm se debruçado sobre o tema, principalmente a partir da introdução das Ciências Humanas e Sociais no ensino e na pesquisa, ultrapassando-se, assim, o predomínio da visão biologicista, que marca o conhecimento nesta área desde o século XIX. No Brasil, especialmente no âmbito da Saúde Coletiva, essa reflexão ganhou corpo com a realização de diversos estudos que apontam o caráter histórico e socialmente determinado das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, bem como a influência de fatores culturais na percepção e práticas de saúde das pessoas e grupos populacionais. (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014)

Do mesmo modo, conta-se atualmente com uma vasta produção acerca das respostas sociais aos problemas de saúde, ou seja, estudos sobre políticas, programas, projetos, ações e serviços organizados e realizados, visando a promoção da saúde de indivíduos e grupos, a prevenção de riscos associados a atividades laborais e a condições ambientais e socioeconômicas, bem como estudos acerca dos determinantes sociais das formas de organização da produção, distribuição e consumos de serviços, quer os analisem do ponto de vista das políticas de Estado, quer o analisem do ponto de vista do acesso e da utilização de serviços pela população. (TEIXEIRA et al., 2014)

O fato é que diante do acervo atual de conhecimentos na área de Saúde, fruto das pesquisas nas ciências biológicas, da saúde, humanas e sociais, bem como do debate político, jurídico, filosófico e ético em torno das questões de saúde no mundo contemporâneo, impõe-se uma perspectiva multi, inter e transdisciplinar na formação de pessoal para o exercício das práticas

que compõem o campo da saúde. A incorporação desse termo, provindo da reflexão bourdieusiana sobre o campo científico (BOURDIEU, 1983), reflete a compreensão da saúde como um espaço social onde se configuram disputas, não só pelo prestígio dos pesquisadores, senão que pelo predomínio de determinadas concepções e políticas que incidem sobre a organização e gestão dos sistemas de saúde, bem como sobre as práticas, nas diversas sociedades.

Considerando o contexto histórico em que surgiu a proposta do BI em Saúde, cabe ressaltar a influência do debate que vem se travando há cerca de quatro décadas no Brasil em torno da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008), cujos princípios e diretrizes foram, em parte, assimilados ao processo de construção do Sistema Único de Saúde, espaço privilegiado para o aprendizado das diversas práticas profissionais do setor e para a incorporação de propostas inovadoras no que diz respeito à formação de pessoal de saúde.

48

Percebe-se, portanto, que a construção do marco conceitual do BI em Saúde implicou na adoção de uma perspectiva de análise crítica das relações Saúde e Sociedade, que se desdobra em um plano mais geral, relativo à problematização do conceito de Saúde à luz do debate teórico atual (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014), e em um plano mais específico, que trata de situar o estudante no contexto histórico e político da saúde no Brasil, levando em conta, particularmente, as mudanças que vêm se processando a partir da incorporação do Direito à Saúde como direito de cidadania (BOBBIO, 1992) e da luta pela construção de um sistema universal, igualitário e equitativo, em contraposição às forças do mercado, responsáveis pela intensa medicalização da saúde vigente no país. (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014)

Nesse espaço contraditório, de tensões entre projetos políticos no âmbito da Saúde e da Educação, o BI em Saúde aposta na possibilidade de constituir sujeitos críticos, capazes de situar-se diante da complexidade do campo, ao tempo em que se deem conta da necessidade de aproveitar a vivência da Universidade para ‘aprender a aprender’ (MORIN, 2002, 2005), ou seja, aprender a navegar na sociedade do conhecimento, selecionando o que desejam desenvolver em termos de competências intelectuais, políticas e práticas, de modo a se tornarem capazes de empreender ações voltadas ao fortalecimento das propostas de mudança consentâneas com os valores humanistas que permeiam a prática educativa do curso.

PERFIL DO EGRESSO: IMAGEM-OBJETIVO DA PRÁTICA EDUCATIVA

Com base nos pressupostos teóricos adotados, a definição do perfil do egresso do BIS buscou contemplar um conjunto de competências,

habilidades e valores que os traduzissem e os aproximassem da prática, ou melhor, da práxis no mundo da vida, isto é, da apropriação de conhecimentos e do aprendizado de tecnologias que podem ser acionadas na vida cotidiana dos sujeitos, tanto no âmbito da vida privada quanto, e principalmente, em sua atuação no espaço público, enquanto cidadão.

Desse modo, o processo de construção do perfil do egresso, posteriormente incluído no projeto político-pedagógico, implicou, inicialmente, na elaboração de uma imagem-objetivo do graduado e, em seguida, na revisão e incorporação de competências gerais, propostas para todos os Bacharelados Interdisciplinares, e na definição das competências específicas do BI em Saúde.

Nessa perspectiva, considerou-se que o egresso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde deverá ser

49

[...] um indivíduo dotado de uma compreensão abrangente da situação de saúde nas sociedades contemporâneas, com capacidade de compreender a contribuição de diversas disciplinas do campo científico, das humanidades e das artes na análise das múltiplas dimensões desse campo. (UFBA, 2010, p. 7)

Como se pode constatar, essa formulação incorpora a noção de ‘campo da saúde’, conjugada com a noção de ‘situação de saúde’, articulando, assim, a aspiração de que o egresso do BI, além de compreender as características gerais do campo, seja capaz de atuar em situações específicas. Em outras palavras, que o aprendizado adquirido no curso possibilite uma compreensão global, ao tempo em que estimule uma atuação local, processo que exige a formação de uma visão abrangente sobre a problemática contemporânea, a partir da contribuição das três culturas – ciências, humanidades e artes –, com foco nas questões relativas à saúde. O esforço de traduzir essa imagem-objetivo em um elenco de competências e habilidades que orientassem a definição do currículo e, principalmente, indicassem o conteúdo a ser desenvolvido em cada um dos diversos componentes curriculares obrigatórios resultou em uma lista de competências (UFBA, 2010), como segue:

Competências e habilidades gerais

- Capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos;
- Habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas;
- Capacidade de comunicação oral e escrita em língua portuguesa;

- Habilidades no uso das tecnologias da informação e da comunicação;

Competências e habilidades específicas

- Compreender a complexidade do campo da saúde nas sociedades contemporâneas;
- Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo;
- Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde;
- Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde.

50

Competências valorativas e compromissos éticos

- Responsabilidade social e compromisso cidadão;
- Valorização e respeito pela diversidade cultural;
- Consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea;
- Preservação do meio ambiente;
- Compromisso ético-político no campo da saúde.

Cabe registrar que, apesar do esforço empreendido quando da elaboração do projeto pedagógico, a aprovação desse perfil demandou vários esclarecimentos junto aos órgãos da administração superior da universidade responsáveis pela revisão técnica dos projetos de criação de novos cursos, processo que, por vezes, se repete quando da avaliação periódica do curso pelo Ministério da Educação. Em geral, os avaliadores estranham a abrangência e generalidade da proposta e cobram a especificação do que é que o graduado é capaz de fazer, como é que ele vai se inserir no mercado de trabalho, perspectiva que reflete o poder da ideologia dominante na formação superior em saúde, ou seja, a ênfase na profissionalização, a dificuldade de se pensar a pertinência de um curso de formação geral em saúde, que prepara os sujeitos para pensar criticamente e agir socialmente nos vários espaços em que se colocam questões relativas à promoção da saúde individual e coletiva, sem que necessariamente estejam enquadrados (e abrigados) nas corporações profissionais da área.

Afora essa tensão, que provavelmente permanecerá existindo enquanto não se generalizar a adoção do regime de ciclos nas universidades brasileiras, com o BI passando a fazer parte do senso comum com relação à formação superior, cabe ressaltar a busca de coerência entre os pressupostos teóricos e as competências incorporadas ao perfil do egresso por um lado, e os componentes curriculares que compõem o eixo da formação específica em saúde, por outro. Para isso, foram definidos componentes obrigatórios, que abordam a historicidade dos saberes em saúde (Introdução ao campo da saúde), as características das políticas e sistemas de saúde no Brasil e no mundo, a situação de saúde da população brasileira e as práticas de cuidado (Campo da Saúde: saberes e práticas) e o surgimento, desenvolvimento e configuração atual das práticas profissionais em saúde e da educação superior na área (Saúde, Educação e Trabalho). A esses componentes foram agregados outros, optativos, que desdobram e aprofundam as questões centrais discutidas nos componentes obrigatórios, visando a incorporação da contribuição de diversas disciplinas a cada tema.

51

A experiência acumulada ao longo dos últimos anos no âmbito desses componentes é o ponto de partida para a reflexão acerca da prática educativa no BI em Saúde, buscando-se destacar os limites e as possibilidades do processo de ensino-aprendizagem no cotidiano das atividades realizadas em salas de aula e nas pesquisas e projetos de extensão delas derivados, para se atingir a imagem-objetivo configurada no perfil do egresso.

UMA PRÁTICA EDUCATIVA INOVADORA: EXPERIÊNCIAS EM PROCESSO

A implantação do projeto político-pedagógico do BI em Saúde deu-se de forma progressiva, à medida que a primeira turma foi avançando na sua trajetória acadêmica e novas turmas foram se agregando à primeira. Com isso, os componentes curriculares obrigatórios têm sido regularmente oferecidos, envolvendo o conjunto de docentes que foram incorporados através dos concursos realizados nos últimos anos, compondo-se, assim, equipes docentes responsáveis pelo mesmo componente a turmas diversas.

O programa de cada um desses componentes, definidos em 2009-2010 à proporção que foram sendo oferecidos pela primeira vez, vem sendo submetido a revisões periódicas, que implicam na adequação dos conteúdos, estratégias pedagógicas e bibliografia de referência, sem, evidentemente, mudança nos objetivos gerais de cada um. Além disso, cada docente goza de relativa autonomia para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem em suas turmas específicas, o que tem gerado uma multiplicidade de experiências,

objeto de reflexão em reuniões de colegiado. Alguns elementos estruturantes, contudo, são comuns e balizam o espaço epistêmico em que se movem os docentes e alunos, quais sejam a perspectiva multi, inter e transdisciplinar na abordagem aos diversos temas e o reconhecimento da pluralidade e diversidade de culturas no âmbito universitário e no campo da saúde, o que gerou a inclusão de um componente curricular voltado especificamente para a análise das “Racionalidades em saúde”. (TEIXEIRA; ROCHA, 2014)

52 Além disso, permeia o conjunto das práticas educativas a preocupação em situar os estudantes com relação às possibilidades de continuação de sua trajetória acadêmica, seja através do ingresso em um curso de progressão linear, de caráter profissionalizante, seja pelo ingresso em um curso de pós-graduação ou pela inserção no mercado de trabalho do setor. Essas possibilidades vêm sendo trabalhadas não apenas no espaço dos componentes obrigatórios, senão que através do estudo desenvolvido em componentes curriculares optativos e nas atividades complementares. Considerando que essas questões atravessam e determinam o curso, trazemos a seguir algumas reflexões em torno dos conceitos e das práticas pedagógicas neles fundamentadas, exemplificando com algumas das experiências em processo no BI em Saúde.

MIT-DISCIPLINARIDADE: ABORDAGEM À COMPLEXIDADE DO CAMPO DA SAÚDE

A crítica ao enfoque disciplinar que predomina na organização dos currículos dos cursos universitários foi o ponto de partida para a incorporação do debate em torno das noções de multi, inter e transdisciplinaridade, quando da formulação da proposta de criação dos Bacharelados Interdisciplinares. Os idealizadores do projeto esperavam, inclusive, que o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências fosse não só um espaço de articulação das ‘três culturas’ (ALMEIDA FILHO, 2007b), senão que a convivência entre docentes de distintas formações acadêmicas fomentasse a reflexão em torno das estratégias, limites e possibilidades de produção e reprodução de conhecimentos em uma perspectiva MIT – disciplinar.

Nessa perspectiva, os documentos iniciais do projeto trazem um esforço de definição desses conceitos, visando, evidentemente, a construção de um acordo terminológico e conceitual, ainda que provisório, entre os docentes envolvidos na implantação do projeto. Revisando inicialmente o termo ‘disciplina’, considerou-se que esta é uma categoria que organiza o conhecimento científico, de modo que a multiplicidade de disciplinas em cada uma das áreas de conhecimento, reconhecidas pelas instituições de

ensino-pesquisa, evidencia a existência de um processo de fragmentação dos objetos de investigação consequente à divisão e especialização do trabalho no campo científico.

Nessa definição, encontra-se embutida uma análise inspirada nos estudos de Epistemologia, História e Sociologia das ciências (PORTOCARRERO, 1994), que reconhece o extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico na modernidade, com as implicações contemporâneas em termos de fragmentação dos saberes e das práticas, o que tem gerado a busca de integração ou, como assinala Morin (2002), de ‘re-ligação’ de saberes.

A revisão das estratégias propostas para se alcançar tal objetivo conduziu à incorporação dos conceitos contidos na sigla MIT-disciplinaridade adotada no marco referencial dos BI. Retomando as reflexões desenvolvidas por Almeida Filho (1997, 2000a, 2005) sobre esses conceitos, consideramos a multidisciplinaridade como decorrente da ‘articulação de múltiplos olhares sobre um dado objeto’, enquanto que a interdisciplinaridade implica o estabelecimento de um ‘diálogo entre campos de conhecimento’, através da integração de métodos no processo de produção de conhecimento, a exemplo das pesquisas que articulam procedimentos e métodos construídos no âmbito de distintas ciências. Já transdisciplinaridade é uma noção mais complexa, que contempla a ‘fusão de perspectivas entre sujeitos provindos de diversos campos’, o que supõe que tais sujeitos sejam capazes de (re)significar conceitos construídos no âmbito de teorias específicas, cuja articulação pode conduzir à construção de novas teorias.

O importante a destacar dessa revisão teórica é a possibilidade de exercitar-se a MIT-disciplinaridade não apenas no âmbito da pesquisa científica, ou seja, da produção de conhecimentos novos, senão que no âmbito das práticas educativas ligadas ao ensino e à extensão. Assim, consideramos possível e necessário articular conhecimentos produzidos pelas diversas disciplinas, com o objetivo de possibilitar a construção de um conhecimento abrangente sobre temas que ‘não suportam ou suportam mal a fragmentação’.

Do ponto de vista do ensino, isso implica em se trabalhar pelo menos em três dimensões, quais sejam a elaboração de desenhos curriculares flexíveis, a construção de componentes curriculares na perspectiva temática e o fortalecimento de uma prática pedagógica que estimule estudantes e docentes a buscarem justapor e/ou integrar vários olhares sobre o mesmo tema/objeto, exatamente os três pilares sobre os quais estamos tentando erigir o BI em Saúde, mesmo enfrentando dificuldades para operacionalizar plenamente a flexibilização curricular e a superação do viés disciplinar no estudo dos vários temas, como veremos adiante.

O importante é destacar que, baseados na experiência em processo, tendemos a concordar com a ideia de que transdisciplinaridade é alcançada a partir da capacidade do sujeito (epistêmico) transitar entre diversos campos do saber, capacidade esta que pode ser despertada e desenvolvida no espaço de cursos inovadores, a exemplo dos Bacharelados Interdisciplinares, na medida em que a flexibilidade do currículo e o estímulo ao protagonismo dos estudantes na construção de sua trajetória acadêmica possibilitem uma ‘vivência universitária’, que contribua para a mudança no pensamento e na ação desses sujeitos. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade pode ser pensada como uma forma de itinerância entre saberes e práticas, na qual o aluno, nesse cenário, pode ser, então, considerado como um ‘itinerante’, usando a denominação dos sofistas, já que circula na Universidade por diversos campos e saberes, estabelecendo pontes e construindo novas relações e ideias. (RAPHAEL, 2014)

Do lado dos docentes do curso, o perfil de formação multi e interdisciplinar, bem como o interesse por diferentes saberes, colaboram para o exercício da MIT-disciplinaridade. Na percepção desses próprios professores, os docentes do BI em Saúde transitam pelos diversos saberes de forma interdisciplinar e sabem trabalhar em equipe. (RAPHAEL, 2014) Esse diálogo interdisciplinar possibilita o estabelecimento de novas perguntas, a abertura ao novo, o surgimento de incertezas, a circulação por diferentes discursos e a realização de mudanças discursivas, sendo estímulo constante ao desejo de saber, que produz uma relação com o aluno marcada pela construção do conhecimento.

Um exemplo que pode facilitar a compreensão do que estamos tentando fazer em termos de prática educativa diz respeito ao ensino-aprendizagem desenvolvido nos componentes curriculares que tratam especificamente do ‘Campo da saúde’. O ponto de partida tem sido uma problematização inicial que resgata as diversas concepções e práticas presentes no senso comum acerca da saúde e da doença, através da aplicação de um questionário aos alunos logo na primeira semana do curso. Além de funcionar como um pré-teste do conhecimento prévio da turma, esse inquérito faz parte de uma pesquisa que vem sendo desenvolvida desde 2009, com o objetivo de identificar e caracterizar as diversas noções e conceitos sobre o tema, transmitindo a ideia de que o conhecimento está em permanente processo de construção. (COELHO et al., 2014a) Uma vez processados os resultados desse inquérito inicial, estão dadas as condições para o reconhecimento da polissemia dos termos saúde e doença e se introduz a revisão das diversas concepções que foram construídas ao longo da história (BATISTELLA, 2007a; SCLiar, 2007), enfatizando-se o debate das abordagens contemporâneas (BATISTELLA, 2007b; CANGUILHEM, 1995;

COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002), que implica a crítica à visão reducionista que define negativamente a saúde como ausência de doença e a discussão em torno da compreensão da saúde como norma, modo de vida, bem-estar, qualidade de vida, processo saúde-doença, direito humano, prática social, política pública e campo de saberes e práticas. Conceitos como prevenção, promoção da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009; CZERESNIA, 2003), risco e vulnerabilidade (AYRES et al., 2003) são também discutidos e problematizados, a fim de melhor explorar os diversos pontos de vista a partir dos quais o complexo saúde-doença pode ser pensado, culminando na reflexão acerca dos conceitos que embasaram a proposição da Reforma Sanitária Brasileira.

Desse modo, aponta-se a contribuição das diversas disciplinas do campo científico para a delimitação e análise das múltiplas dimensões da saúde, a exemplo da biologia, epidemiologia, patologia, psicologia e demais ciências humanas e sociais, bem como da filosofia, chamando-se a atenção para a possibilidade de integração desses diversos saberes na análise dos problemas de saúde da população brasileira e das respostas sociais que vêm sendo construídas historicamente para o enfrentamento destes problemas. Os alunos são estimulados, então, a pesquisarem e a construir seminários críticos acerca das relações entre saúde e sexualidade, subjetividade, arte, ciência e tecnologia, corpo, identidades e diversidade cultural, a partir de múltiplos olhares, a exemplo da abordagem do tema no campo científico, midiático e artístico.

Na segunda parte do curso, o foco se dirige para a análise das políticas e sistemas de saúde no mundo e no Brasil (LOBATO; GIOVANELLA, 2012), os problemas de saúde da população brasileira e as diversas práticas de saúde. Novamente partindo-se de uma perspectiva histórica, com exibição de filmes e documentários que resgatam a organização e evolução dos sistemas e serviços de saúde realiza-se o debate em torno da Reforma Sanitária Brasileira – RSB (PAIM, 2008, 2009), seus avanços do ponto de vista jurídico e político-institucional, quais sejam o reconhecimento do direito à saúde como direito de cidadania e o processo, complexo e diversificado, de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 25 anos, contrastando-se, inclusive, esse processo com o crescimento do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS). (BAHIA, 2005)

Logo a seguir, discute-se as características e tendências do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira neste século (BARATA, 2012; BARRETO et al., 2011), estimulando a organização de seminários com base na revisão da literatura nacional recente sobre as necessidades e problemas que, por sua magnitude e impacto nas condições de vida da população, são considerados prioritários no âmbito das políticas

de saúde. (PAIM et al., 2011) Assim, vem sendo abordadas questões relacionadas ao envelhecimento da população, à alta prevalência das doenças crônico-degenerativas, à incidência de neoplasias, aos efeitos da violência em suas variadas formas, à persistência de epidemias e endemias e à problemática relacionada à saúde mental, inclusive a alta prevalência do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, o que contribui para a elevação da carga de doenças, resultando em sofrimento e intensificação do chamado ‘mal-estar da atualidade’. (BAUMAN, 1998; BIRMAN, 2001) Uma análise crítica é feita acerca do cuidado em saúde (AYRES, 2004, 2005), contemplando aspectos relevantes do projeto pedagógico do curso, quais sejam os modelos de atenção à saúde (PAIM, 2012), a consideração de outras racionalidades e práticas integrativas (BRASIL, 2006), a humanização das práticas em saúde (BARROS; GOMES, 2011) e o trabalho em equipe interdisciplinar. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Como se pode perceber, busca-se oferecer aos estudantes condições para a apropriação de conhecimentos que lhes permitam construir uma visão panorâmica da situação de saúde no país, ao tempo em que aprendem a acessar a rica literatura disponível em bancos de dados bibliográficos, especialmente a Scielo, exercitando, através da preparação dos seminários, a construção coletiva de uma visão crítica acerca dos determinantes sociais da saúde (BUSS, 2009; WILKINSON; MARMOT, 2003) e dos obstáculos que persistem na sociedade brasileira à efetiva implementação da RSB e do SUS. (PAIM, 2013; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014)

Comparando esse enfoque com o que ainda predomina nos cursos profissionalizantes da área de saúde, constata-se a ênfase na interdisciplinaridade e na análise dos problemas de saúde em sua dimensão social, secundarizando-se a apropriação de conhecimentos provindos das ciências biológicas e mesmo da biomedicina, que são acessados pelos estudantes no espaço reservado aos componentes curriculares optativos. Tais componentes são oferecidos por outras unidades acadêmicas da área de saúde da UFBA e, no mais das vezes, preservam forte viés disciplinar e especializado, com conteúdos expostos sob a forma de aulas expositivas, que reduzem o protagonismo, a participação e a autonomia dos estudantes na produção do seu saber. Embora essa convivência entre distintos modelos e estratégias pedagógicas crie uma tensão que gera um aumento da ansiedade dos estudantes ao longo do curso, podemos considerar que isso contribui para a formação de ‘sujeitos transdisciplinares’, capazes de reconhecer e lidar com as diferentes concepções e abordagens presentes no campo da saúde e no da educação superior.

De fato, a experiência de passar por um curso como o BI em Saúde tem facilitado o processo de afiliação (COULON, 2008; MOTA, 2014) dos

estudantes à Universidade, posto que, em função da especificidade do desenho curricular do curso, os alunos aprendem a transitar pelas diversas unidades acadêmicas e, principalmente, no espaço epistêmico universitário, plural, diversificado e contraditório, permeado por disputas teóricas e políticas. Especificamente na área de Saúde, a inserção no BI e simultaneamente nos cursos profissionalizantes, através dos componentes optativos, expõe os estudantes à ‘tensão paradigmática’ entre o enfoque biomédico, clínico, hegemônico na grande maioria dos cursos, e o enfoque construído no campo da saúde coletiva (PAIM, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014), que predomina nos componentes obrigatórios do BI em Saúde e comparece de forma subalterna em outros cursos. Cabe registrar, inclusive, que apesar desse enfoque ter sido contemplado em parte pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, estas permanecem encarceradas nos limites do modelo de formação superior profissionalizante, orientando, quando muito, a realização de reformas curriculares em cursos específicos, as quais ainda não lograram consolidar-se na maioria dos cursos de graduação da área. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

57

DIVERSIDADE CULTURAL E RACIONALIDADES EM SAÚDE

Simultaneamente à problematização das características do conhecimento científico incorporado ao ensino universitário, através da crítica ao enfoque estritamente disciplinar, os estudos iniciais que subsidiaram a elaboração do projeto dos Bacharelados Interdisciplinares contemplaram a reflexão acerca da formação histórica do conjunto de saberes estruturantes do pensamento ocidental, recuperando-se a distinção entre o saber produzido no âmbito das ciências e os saberes incluídos no campo das humanidades, distinção que separa a chamada cultura científica da cultura humanística. Nesse contexto, Almeida Filho (2007b) propôs a diferenciação das artes em relação às humanidades e, com isso, defendeu a proposta de reestruturação da arquitetura curricular da educação superior com base nas três culturas, considerando que esta concepção melhor traduz a cosmologia complexa das sociedades contemporâneas.

Revedo os textos produzidos na época, podemos constatar que essa reflexão se fundamentava em várias vertentes do debate acerca das características da contemporaneidade, principalmente nos estudos de Boaventura de Sousa Santos, autor que foi convidado, inclusive, para ministrar a aula inaugural da UFBA durante o período em que se intensificou a discussão acerca da reestruturação acadêmica com a implantação dos

Bacharelados Interdisciplinares. Da vasta produção desse autor, um texto que seguramente influenciou no debate local apresenta uma análise das diversas dimensões da crise atual da universidade, propondo um conjunto de teses para a reconstrução dessa instituição (SANTOS, 1997), que tomaram forma, posteriormente, em um texto programático revisado e publicado juntamente com a exposição da proposta de criação da “Universidade de Nova” (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008) no Brasil.

As ideias contidas nesses textos fundamentaram o desenho do projeto original dos Bacharelados Interdisciplinares, como se constata pela diferenciação dos cursos segundo as “três culturas” (Artes, Humanidades e Ciências), e também pela adoção de um modelo curricular estruturado a partir dos eixos “interdisciplinar”, “linguagens” e “culturas” (artística, humanística e científica). A inclusão do BI em Saúde nesse conjunto possivelmente expressa o reconhecimento de que a Saúde é um espaço “transversal”, no qual convergem saberes provenientes das três culturas, constituindo-se um âmbito de práticas sociais que articula a contribuição das ciências, humanidades e artes.

Nessa perspectiva, um dos desafios enfrentados no detalhamento do projeto político pedagógico do BI em Saúde foi, ao tempo em que se aderiu ao desenho curricular comum aos quatro cursos, com seus eixos estruturantes, inclusive o eixo “culturas”, buscar “traduzir” a perspectiva pluralista com relação às culturas no espaço próprio da Saúde. Com isso, o debate iniciado com a caracterização do “campo da saúde” desdobrou-se na reflexão e incorporação ao currículo do estudo sobre as diversas “racionalidades” presente no campo, ultrapassando-se, assim, o ensino-aprendizagem dos saberes e práticas subsidiárias do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, configurado no século XIX com a denominada “medicina científica”. (BATISTELLA, 2007a; SCLIAR, 2007)

Esse processo inspirou-se na apropriação do debate acerca das ciências, desencadeado com a publicação de “Um Discurso sobre as ciências” (SANTOS, 1987), na década de 80 do século passado, o qual repercutiu intensamente no campo da Saúde Coletiva brasileira, especialmente no que diz respeito à análise da “crise do paradigma dominante” e à “emergência de um novo paradigma” (SANTOS, 1989), análise que, no caso da Saúde, aplicou-se à crise do paradigma biomédico com todos os seus corolários, inclusive a tendência a se reproduzir, no âmbito do ensino superior, através dos cursos profissionalizantes, cada vez mais fragmentados e especializados. A esse paradigma, em crise, se contrapôs o “paradigma emergente” no campo da Saúde Coletiva, que resgatou os princípios da medicina social do século XIX, incorporou os avanços da Saúde Pública do século XX e buscou ultrapassá-los com a redefinição de saberes e práticas

em saúde, a partir da leitura crítica e politicamente comprometida com as transformações nas condições e modos de vida e saúde da população, através de políticas públicas de bem-estar social e da luta pela democratização dos conhecimentos e do acesso a ações e serviços de saúde.

O amadurecimento dessa reflexão a partir da leitura dos textos mais recentes de Boaventura Santos, que defendem a “epistemodiversidade” (SANTOS, 2004), resultou na adoção, na prática educativa do BI em Saúde, de certa “ecologia de saberes” (SANTOS, 2007), concedendo-se espaço para a difusão de conhecimentos e análise de práticas alternativas ao modelo de atenção à saúde predominante no sistema oficial. Nessa perspectiva, o processo de ensino-aprendizagem desdobrou-se em duas linhas de reflexão: de um lado, a problematização dos modelos de atenção à saúde que se conformaram ao longo do século XX nos sistemas público e privado no Brasil e, por outro, a existência de saberes e práticas de saúde derivadas dos saberes tradicionais, objeto de estudos da Antropologia da saúde (ALVES; RABELO, 1998), aos quais se agregam saberes e práticas derivadas de outras perspectivas epistemológicas, que constituem hoje o conjunto heterogêneo das práticas de saúde.

59

Na primeira linha, abordada no âmbito dos componentes curriculares “Introdução ao campo da saúde” e “Campo da saúde: saberes e práticas”, discute-se a emergência, conformação e desenvolvimento histórico da Clínica – materialização do enfoque biomédico – e da Saúde Pública – materialização do enfoque da medicina social – (FOUCAULT, 2002), bem como se discute os movimentos de reforma médica propostos e difundidos no século XX, a exemplo da Medicina Preventiva, Comunitária, Familiar (PAIM, 1986; PAIM, 2006) e suas repercussões na formação de pessoal, na formulação de políticas e na reorganização dos sistemas de serviços de saúde, incluindo, também, o debate em torno da constituição do campo da Saúde Coletiva e seus desdobramentos no diz respeito ao desencadeamento do processo de Reforma Sanitária no Brasil contemporâneo.

Essa linha contempla, assim, a análise crítica do modelo médico assistencial hospitalocêntrico, baseado no paradigma clínico, centrado na figura do médico, com larga utilização de tecnologia diagnóstica e terapêutica, e do modelo sanitário tradicional, que persiste no âmbito do sistema público, aos quais se contrapõe o modelo de atenção integral à saúde proposto pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que busca incorporar e superar os modelos tradicionais, a partir da ampliação dos objetos e espaços de intervenção, simultaneamente à redefinição dos sujeitos das práticas de saúde. (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014)

Como se pode constatar, o curso trata de oferecer subsídios aos alunos para que se situem enquanto futuros profissionais e trabalhadores

eventualmente inseridos nos sistemas de serviços de saúde, tanto no SUS, quanto no SAMS ou no Sistema de Desembolso Direto (SDD) (MENDES, 2001), indicando, entretanto, os riscos de uma mera reprodução dos modelos e das práticas hegemônicas, principalmente os limites do modelo médico-assistencial diante das necessidades e problemas de saúde da população brasileira na atualidade. Assume-se, portanto, que problemas demandam políticas e ações de caráter intersetorial, que incidam sobre os determinantes sociais da saúde e contribuam para a promoção e melhoria da qualidade de vida, para a proteção contra riscos ambientais, epidemiológicos e sociais, e para a universalização do cuidado integral e humanizado às pessoas e grupos sociais, principalmente os mais vulneráveis. (BARRETO et al., 2011) Assume-se, assim, a necessidade da permanente busca de proteção, consolidação e ampliação das conquistas adquiridas com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, inclusive na perspectiva da reorganização da interação entre os sistemas de saúde, com elevação dos investimentos financeiros no SUS, aumento da quantidade de serviços públicos (com melhor distribuição geográfica e condições de acesso da população), elevação da quantidade de equipes de trabalhadores de saúde (com incremento das condições de trabalho, remuneração e qualidade do cuidado produzido, inclusive mais humanizado), aperfeiçoamento da capacitação técnica de gestão e efetiva educação permanente, tudo isso em prol do fortalecimento do SUS.

A segunda linha de estudos e reflexão é introduzida no componente obrigatório 'Campo da Saúde: saberes e práticas' e materializa-se no âmbito de componentes curriculares optativos oferecidos pela equipe docente do BI em Saúde, a exemplo do componente 'Racionalidades em saúde', que contempla a revisão de textos que discutem a coexistência e mesmo a integração entre saberes e práticas de saúde que se fundamentam em pressupostos teórico-conceituais distintos dos que fundamentam as práticas predominantes nos sistemas oficiais. (BARROS, 2008; LUZ, 1988, 2000) Nesse sentido, são discutidos os fundamentos teóricos e os procedimentos e tecnologias utilizadas no âmbito das chamadas 'práticas integrativas', quais sejam a Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura, Crenoterapia e Medicina Antroposófica, selecionadas porquanto foram legitimadas oficialmente a partir da adoção da Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS. (BRASIL, 2006)

Além disso, esse componente abre espaço para a reflexão em torno da diversificação e multiplicação de espaços sociais onde se reproduzem práticas que incidem sobre a saúde (LUZ, 2005), a exemplo das academias de ginástica, clubes de corrida, salões de beleza, grupos de autoajuda, entidades religiosas, creches, escolas, etc., consequência das mudanças na visão

sobre o corpo na contemporaneidade, tema correlato ao debate sobre a sociologia, história e antropologia do corpo, objeto de estudo de diversos autores da área das ciências sociais. (BOLTANSKI, 1989; CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2008; LE BRETON, 2006; RODRIGUES, 2005)

A experiência acumulada ao longo dos últimos anos tem revelado um interesse crescente dos alunos com relação a esses conteúdos, de modo que o componente Racionalidades em saúde vem sendo oferecido regularmente, com preenchimento completo das vagas. Isso tem motivado uma reflexão por parte dos docentes envolvidos, constatando-se que esse espaço preenche uma lacuna no ensino superior na área de saúde, na medida em que o tema, até o momento, só vinha sendo tratado como tema de pesquisa em cursos de pós-graduação da área, não se traduzindo em conteúdo do ensino de graduação.

61

No entanto, um olhar atento sobre a vida cotidiana no Brasil, e especificamente na Bahia e em Salvador, revela que a combinação de práticas e ações de saúde baseadas em distintas racionalidades é um fato, ou seja, diante das insuficiências do sistema de saúde oficial, e mesmo em função da tradição familiar e cultural, as pessoas consomem diversos serviços, quer seja em situações de crise, quando procuram recuperar sua saúde, ou mesmo no enfrentamento diário do stress decorrente da luta pela sobrevivência no espaço urbano degradado, do qual não escapa a Universidade, onde os estudantes passam grande parte do seu tempo.

Daí a problematização que os docentes do BI em Saúde fazem, permanentemente, sobre as condições em que os estudantes vivem, trabalham, adoecem e procuram os serviços de saúde, sejam os da própria Universidade, sejam os serviços oferecidos à população em geral. A experiência pessoal de cada aluno é vista, assim, como ponto de partida para a ressignificação dos conhecimentos apropriados em sala de aula ou na participação dos alunos em projetos de pesquisa e extensão. Levando em conta as características demográficas, socioeconômicas e culturais dos alunos, esse processo tem sido extremamente rico, originando, inclusive, o interesse de estudantes de pós-graduação em pesquisar sobre a percepção dos alunos sobre o curso e a percepção dos docentes sobre a experiência vivida no BI em Saúde. (MOTA, 2014; RAPHAEL, 2014)

CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS CRÍTICOS E ATUANTES NO CAMPO DA SAÚDE

Uma das questões centrais colocadas quando expomos a experiência do BI em Saúde a docentes, pesquisadores e dirigentes da área diz respeito ao

que o Bacharel Interdisciplinar em Saúde é capaz de fazer, ou seja, como o graduado neste curso se inserirá no mercado de trabalho, pergunta que reaparece frequentemente entre os próprios alunos, pressionados por familiares inquietos com as perspectivas de sobrevivência e possibilidades de sucesso profissional dos seus filhos. A reflexão sobre essa questão exige uma retomada da proposta contida no projeto original do curso e a análise do que vem sendo feito para concretizar as distintas possibilidades inscritas na trajetória acadêmica dos alunos ao longo de sua vivência no BI em Saúde. Nesse sentido, cabe enfatizar um dos propósitos do curso, qual seja a preparação dos alunos para o ingresso em cursos profissionalizantes, que reflete a consciência de que esta tem sido e ainda permanecerá, por algum tempo, a forma privilegiada como os sujeitos se inserem no mundo do trabalho, disputando espaços a partir da vinculação a corporações profissionais legitimadas socialmente para o exercício de determinadas práticas.

A área da Saúde é um exemplo paradigmático do processo histórico de divisão técnica e social do trabalho que gerou a institucionalização das profissões de saúde que, no Brasil, somam 14, legalmente reconhecidas. Por conta disso, o currículo do BI em Saúde inclui como componente obrigatório 'Saúde, Educação e Trabalho', espaço de problematização do processo histórico de constituição e legitimação social das distintas profissões da área, visando fornecer aos estudantes conhecimentos para que façam uma escolha informada acerca do curso profissionalizante que pretendem seguir no segundo ciclo formativo, antecipando também uma visão panorâmica das tendências do mercado de trabalho no setor e das políticas de gestão do trabalho vigentes no âmbito do sistema público, sabidamente o maior empregador da força de trabalho em saúde no país hoje. (MACHADO; MOYSES; OLIVEIRA, 2006)

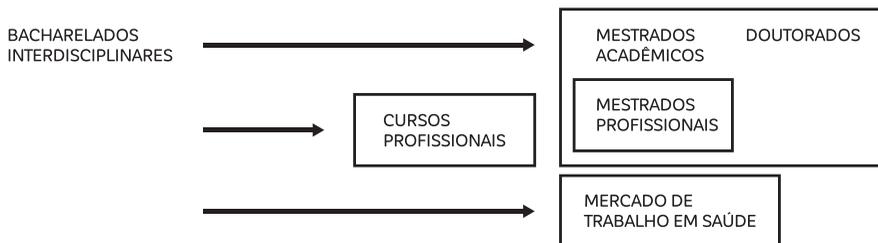
O conteúdo programático desse componente curricular, portanto, inclui a revisão conceitual sobre processo de trabalho em saúde e suas modalidades de organização nas sociedades contemporâneas (GONÇALVES, 1979, 1986), avançando para a caracterização das 14 profissões da área reconhecidas pelo Ministério da Educação no Brasil, incluindo a profissão de sanitaria, atualmente em luta pelo reconhecimento. O debate em torno de cada profissão inclui, ademais, a revisão dos cursos existentes no Brasil, tanto nas universidades públicas quanto privadas (HADDAD, 2010), discutindo-se as características curriculares e outros aspectos, a exemplo dos valores das mensalidades nos cursos oferecidos por escolas particulares. Os alunos se agrupam em função do interesse que revelam em torno de determinadas profissões e organizam seminários que contemplam a análise dos cursos específicos, das características da prática profissional e

das condições em que está sendo exercido o trabalho de cada profissional, discutindo, inclusive, a atuação dos conselhos profissionais responsáveis pela regulação do exercício profissional, bem como das associações, sindicatos e outras entidades que os representam. Além disso, o curso inclui o debate sobre aspectos específicos da atual política de educação superior na área e da política de educação permanente dos profissionais de saúde desenvolvida no âmbito do SUS, enfatizando-se a discussão em torno da constituição de equipes multiprofissionais e as estratégias que vêm sendo implementadas para a construção da integralidade e humanização da atenção à saúde no sistema de saúde brasileiro.

Interessante tem sido constatar que, inicialmente, a maioria dos estudantes ingressava no BI em Saúde com a intenção de cursar Medicina, sem, contudo, possuir informações precisas acerca das características da prática profissional, nem tampouco da relação desse profissional com as demais profissões da área, as quais, à exceção de enfermagem e odontologia, eram praticamente desconhecidas pelos estudantes. Quando muitos conheciam seus nomes e tinham uma vaga ideia do que são capazes de fazer, confirmando-se, assim, uma hipótese, que foi aventada pela equipe responsável pela criação do BI, de que a escolha por uma profissão no momento da entrada na Universidade, no mais das vezes, é precoce e desinformada, o que justifica, mais uma vez, a existência do BI e a importância atribuída pelo curso ao debate em torno do percurso formativo que conduz à profissionalização.

63

FIGURA 1 – TRAJETÓRIAS POSSÍVEIS DO EGRESSO DO BI EM SAÚDE



Fonte: Adaptado de UFBA (2008).

O debate realizado nos Seminários de Saúde, Educação e Trabalho, portanto, contribui para que o estudante passe a ter uma visão panorâmica do mundo do trabalho no setor, estimulando, inclusive, a procura por estágios que oferecem a oportunidade de conhecer mais de perto a realidade dos serviços de saúde. Como tais estágios contam créditos em atividades complementares, vem se observando o interesse dos alunos

pela participação em projetos de pesquisa ou extensão que oferecem a oportunidade de inserção nos serviços, a exemplo do ‘Permanecer SUS’ (CAPUTO et al., 2014), em parceria com a SESAB, e também em projetos desenvolvidos exclusivamente por instituições de serviços, como o ‘Estágio de Vivências no SUS’ (LEMOS; ROCHA; PEIXOTO, 2012) e o ‘Estágio O Cotidiano no SUS’, coordenado pela Escola Estadual de Saúde Pública. (BAHIA, [2013])

Além desse percurso, o projeto pedagógico do BI em Saúde prevê que o estudante possa se interessar em continuar sua formação ingressando diretamente em um curso de pós-graduação da área, o que é possível na medida em que o BI tem terminalidade própria, confere diploma de curso superior e qualifica o estudante a prestar seleção em vários cursos de pós-graduação, como, aliás, já vem acontecendo.

64

Considerando essa possibilidade, a equipe docente do BI em Saúde tratou de oferecer, desde o início do processo de implantação do curso, alguns componentes curriculares optativos que contribuem para a construção desse itinerário, enfatizando conteúdos voltados à formação de um pesquisador na área. Nessa perspectiva é que vem sendo oferecidos regularmente o componente ‘Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde’ (ALMEIDA FILHO; SANTOS, 2014), cujo conteúdo propõe uma aproximação dos estudantes às bases epistemológicas da pesquisa em saúde, partindo das origens do conhecimento científico (KUHN, 1978) até a revisão de algumas obras clássicas de autores que influenciam o pensamento crítico em saúde na atualidade, a exemplo de Canguilhem (1995), Foucault (1977), Freud (1980), Arouca (2003) e Donnangelo (1976), concluindo-se o curso com a revisão dos conceitos de multi/inter/transdisciplinaridade e sua interface com a pesquisa em saúde.

Essa aproximação ao campo científico se desdobra no oferecimento de outro componente curricular optativo, qual seja ‘Iniciação científica em saúde’ (TEIXEIRA, ALEIDA; ROCHA, 2016), cujo conteúdo contempla a revisão do desenvolvimento histórico das ciências na modernidade e na contemporaneidade e a iniciação à prática da pesquisa em saúde. A reflexão sobre a história das ciências vem sendo feita a partir da exibição de uma série de seis episódios produzida pela BBC de Londres (MOSLEY; LYNCH, 2011), que conjuga a exposição das pesquisas, descobertas e invenções realizadas pelos grandes gênios da ciência, com a análise dos efeitos que tais conhecimentos produziram na organização econômica política e cultural das sociedades ocidentais. A iniciação à prática científica em si, por sua vez, tem sido feita a partir de aulas dialogadas sobre metodologia de pesquisa em saúde, conjugadas com trabalhos de grupo que implicam na identificação de temas, revisão bibliográfica, elaboração de

questões de pesquisa e de projetos que são apresentados ao final do curso, sob a forma de pôsteres.

Com isso, os alunos são introduzidos no universo das práticas científicas, aproximando-se do aprendizado de suas regras e rotinas, aprendendo, por exemplo, a efetuar uma revisão sistemática de literatura, a ler textos científicos, o que se conjuga com o trabalho desenvolvido nas Oficinas de textos acadêmicos e técnicos em saúde (SILVA; PIMENTEL, 2014), ao tempo em que são estimulados a se inserir em grupos de pesquisa, não só no IHAC, senão que em outras unidades acadêmicas da UFBA, que oferecem vagas para alunos de graduação através de bolsas do PIBIC. Aqueles que, a partir dessa vivência, decidem tentar ingressar em cursos de pós-graduação, têm, assim, a oportunidade de contar com orientação para a elaboração de projetos, pavimentando o caminho para a construção de uma carreira como docente e pesquisador.

Finalmente, a terceira possibilidade em termos de trajetória acadêmica do estudante do BI em Saúde aponta para a inserção no mercado de trabalho uma vez concluído o curso, opção mais difícil porquanto o curso não oferece formação profissional e sim uma formação geral na área. No entanto, considerando a distinção entre ‘profissão’ e ‘ocupação’, o graduado no BI em Saúde pode se inserir em atividades que não exigem uma qualificação profissional específica, a exemplo de atividades de promoção da saúde e mesmo atividades que compõem a prática gerencial no âmbito dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o curso vem oferecendo regularmente alguns componentes curriculares optativos, articulados a projetos de pesquisa e extensão, a exemplo de ‘Promoção da saúde e qualidade de vida’ (RIOS; CAPUTO; TEIXEIRA, 2014; RIOS; CAPUTO; TEIXEIRA, 2016), ‘Saúde e cidade’ (PIMENTEL, 2014a), ‘Saúde da população negra’ (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2014) e ‘Modelos assistenciais em saúde mental’ (JUCÁ, 2014), cujos conteúdos contemplam conceitos e práticas que podem vir a ser desenvolvidas por trabalhadores de saúde em geral, sem necessariamente exigir competência técnica exclusiva de determinada profissão. Tais componentes e projetos oferecem aos estudantes que neles se inserem a oportunidade de trabalhar em comunidades específicas (PIMENTEL, 2014b; VÉRAS et al., 2014), escolas, prisões (COELHO et al., 2014b), creches, hospitais (FRANCO, 2014), conferências de saúde (CAPUTO; RIOS; HEGOUET, 2014) e serviços de atenção primária à saúde, desenvolvendo atividades de educação para a saúde, mobilização e desenvolvimento comunitário, integrando, inclusive, conhecimentos e tecnologias apreendidas nos componentes curriculares oferecidos como ‘culturas’ artística e humanística, a exemplo de técnicas de teatro, dança, música, educação e comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, percebe-se que a prática educativa desenvolvida no BI em Saúde está aberta a várias possibilidades, constituindo um espaço criativo no qual o protagonismo dos estudantes tem sido o elemento central e diferenciador com relação à tradição ainda presente na maioria dos cursos profissionalizantes, de progressão linear. Linearidade é exatamente o que o BI não tem, na medida em que as experiências educativas desenvolvidas no curso configuram múltiplas trajetórias, que se desenvolvem em espirais construídas em torno dos eixos estruturantes, com intercessões que conferem singularidade à vivência de cada estudante.

66 Esse processo, coerente com o ideal de autonomia que preside a prática pedagógica, exige, evidentemente, dos docentes e da coordenação do curso uma disposição a participar, de forma crítica e flexível, do planejamento e gestão das atividades acadêmicas, confrontando-se, por vezes, com a permanência de concepções tradicionais e práticas burocratizadas na Universidade, que ainda não assimilou completamente a proposta de mudança em sua arquitetura acadêmica e em suas práticas institucionais.

Ainda assim, consideramos que a experiência acumulada autoriza a conclusão de que o BI em Saúde tem contribuído para a constituição de sujeitos dotados da aptidão crítica (TESTA, 2005, 2007) necessária para a superação do tecnicismo que predomina na formação superior em saúde, ponto de partida para a inserção nos processos sociais de mudança na universidade, no sistema de saúde e na sociedade brasileira, tendo em vista a redução das desigualdades sociais que tanto afetam a situação de saúde da população, a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção à saúde e, especialmente, a defesa dos direitos sociais e a construção de uma convivência coletiva mais democrática e saudável.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-20, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov./dez. 2000a.

ALMEIDA FILHO, N. de. Súmula do memorial de concurso para professor titular da matéria Epidemiologia no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. [Salvador], 2000b.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.

ALMEIDA FILHO, N. de. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Ed. UnB; Salvador: EDUFBA, 2007a. (Em questão).

ALMEIDA FILHO, N. de. As três culturas da Universidade Nova. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 5-15, jun. 2007b.

ALMEIDA FILHO, N. de; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 13-27.

ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-137.

ALMEIDA FILHO, N. de; SANTOS, V. P. Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde: debatendo as bases epistemológicas das ciências no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 143-152.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ: Relumê-Dumará, 1998. p. 107-121.

ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. A introdução do tema “Saúde da População Negra” no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no IHAC-UFBA. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 189-203.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Escola Estadual de Saúde Pública. *Estágios não obrigatórios na rede SESAB*. Salvador, [2013]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/eesp/index.php?option=com_content&view=article&id=828%3Aregulacao-dos-estagios-nao-obrigatorios-na-rede-sus-ba&catid=109%3Alinkinterno&Itemid=336>. Acesso em: 1 jun. 2014.

BARATA, R. B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 167-214.

68 BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*, London, p. 47-60. maio 2011. (Saúde no Brasil, 3).

BARROS, N. F. de. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde em debate, 172)

BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez. 2011.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007a. p. 25-49.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007b. p. 51-86.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Tradução de Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Tradução de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: sociologia*. Organização de Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983. (Grandes cientistas sociais, 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2006.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. (Campo teórico).

CAPUTO, M. C. et al. A participação dos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no “Permanecer SUS”. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 233-242.

CAPUTO, M. C.; RIOS, D. R.; HEGOUET, K. Outro olhar sobre as conferências municipais e estaduais de saúde: a participação dos alunos do BI em Saúde da UFBA. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 269-281.

CASTELLANOS, M. E. P.; LOYOLA, M. A.; IRIART, J. A. B. Ciências sociais em saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 567-534.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

COELHO, M. T. Á. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 111-126.

COELHO, M. T. Á. D. et al. A atividade de extensão “AIDS: educar para desmitificar”. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 207-217.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Dir.). *História do corpo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

COULON, A. *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. Tradução de Georgina Gonçalves dos Santos e Sônia Maria Rocha Sampaio. Salvador: EDUFBA, 2008.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas cidades, 1976.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

70 FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FRANCO, A. L. S. Participação dos alunos do BI em Saúde em uma roda de apoio à gestação: o Grupo Maternar. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 255-267.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise (1915-1917). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979, 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. 415 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

JUCÁ, V. J. S. A transversalidade da saúde mental nos Bacharelados Interdisciplinares. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 153-161.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. Tradução de Beatriz Vianna e Nelson Boeira. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Tradução de Sonia M. S. Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEMOS, M.; ROCHA, M. N. D.; PEIXOTO, M. V. da S. Estágio de vivência no SUS-BA: estratégia de reorientação da formação profissional em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 1, p. 263-269, jan./mar. 2012.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 107-140.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais em saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2000. (Saúde em debate, 92).

LUZ, M. T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 33-46.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. dos S. (Org.). *Trabalhadores de saúde em números: v. 2*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. (Saúde coletiva, 4).

MORIN, E. (Org.). *A religião dos saberes: o desafio do século XXI*. Tradução de Flávia Nascimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 10. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2005.

MOSLEY, M.; LYNCH, J. *Uma história da ciência: experiência, poder e paixão*. Tradução de Ivan Weisz Kuck. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

MOTA, V. de L. V. *A percepção dos graduados em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA sobre a vivência no curso (2009-2011)*. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Estudos interdisciplinares sobre a universidade) – Instituto de Artes, Humanidades e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. In: PAIM, J. S. *Saúde, crise e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. p. 151-183.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. (Temas em Saúde).

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, p. 11-31, maio 2011. (Saúde no Brasil, 1). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 24 maio 2014.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 547-574.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. (Saúde coletiva).

PIMENTEL, A. Saúde e cidade: refletir sobre a saúde pela ótica da cidade. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 177-188.

PIMENTEL, A. Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias: uma experiência de extensão universitária nos Bacharelados Interdisciplinares. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 219-232.

PORTOCARRERO, V. (Org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

RAPHAEL, J. K. D. *As relações e as práticas docentes no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na UFBA na percepção dos professores: uma reflexão à luz da psicanálise*. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RIOS, D.; CAPUTO, M. C.; TEIXEIRA, C. F. A extensão universitária e o reconhecimento do direito à saúde: universidade e escola fomentando o protagonismo juvenil. In: CAPUTO, M. C.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Universidade e sociedade: concepções e projetos de extensão universitária*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 275-289.

- RIOS, D.; CAPUTO, M. C.; TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde em uma área remanescente de Quilombo: a garantia do direito à saúde no Quilombo Salamina em Maragojipe - Bahia. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: a experiênciado Bacharelado em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2016.
- ROCHA, M. N. D. et al. Educação superior em saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 33-52.
- RODRIGUES, J. C. Os corpos em Antropologia. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 167-182.
- SANTOS, B. de S. *Um discurso sobre as ciências*. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1987.
- SANTOS, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SANTOS, B. de S. Da ideia de universidade à universidade de idéias. In: SANTOS, B. de S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 187-233.
- SANTOS, B. de S. Por uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, B. de S. (Org.) *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004. p. 777-821.
- SANTOS, B. de S. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. São Paulo: Cortez, 2005. (Questões da nossa época, 120).
- SANTOS, B. de S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. Tradução de Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.
- SANTOS, B. de S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SILVA, L. A. V.; PIMENTEL, A. M. A oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde: reflexões e desafios para o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 127-142.

SILVA, L. M. V. da; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. A construção do projeto pedagógico do BI Saúde: transformando um sonho em realidade. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 53-72.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. Processo de implantação do Projeto Pedagógico do BI Saúde 2008-2011: Fazendo caminhos ao andar. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 73-107.

74 TEIXEIRA, C. F.; ROCHA, M. Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas: exercitando uma perspectiva multicultural no BIS. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 160-173.

TEIXEIRA, C. F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-137.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Modelos de atenção à saúde: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA, C. F.; ALEIDA, C.; ROCHA, M. N. D. Ensinar e aprender a ser um pesquisador (a): iniciação científica no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: a experiência do Bacharelado em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2016.

TESTA, M. Vida: Señas de identidad (Miradas al Espejo). *Salud colectiva*, Lanús, v. 1, n. 1, p. 33-58, enero/abr. 2005.

TESTA, M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud colectiva*, Lanús, v. 3, n. 3, p. 247-257, sept./dic. 2007.

UFBA. *Projeto pedagógico dos bacharelados interdisciplinares*. Salvador: 2008. Disponível em: <https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/implant_reuni.pdf>. Acesso em: 24 maio 2014.

UFBA. IHAC. *Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: 2010.

VÉRAS, R. M. et al. Atividade curricular em comunidade: graduandos vivenciando a realidade social da população em situação de rua. In: COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 243-253.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, p. 90-102, maio 2011.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Ed.). *Social determinants of health: the solid facts*. 2. ed. Copenhague: World Health Organization, 2003.

BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB: INOVAÇÕES CURRICULARES E REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

LUCIANA ALAÍDE ALVES SANTANA

ROBERVAL PASSOS DE OLIVEIRA

MICHELI DANTAS SOARES

VÂNIA SAMPAIO ALVES

EVERSON MEIRELES

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta a trajetória de criação do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O BIS/CCS/UFRB foi um dos cursos propostos no documento que delineou o plano da UFRB (UFRB, 2009a) para adesão ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) no ano de 2007. (BRASIL, 2007) Nesse documento, o nome do curso era Bacharelado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, fato que revela um dado da realidade

naquele contexto, em que dois movimentos repercutiram no campo da formação de profissionais de saúde. O primeiro colocava em pauta a criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva e o segundo propunha a criação de cursos de Bacharelados Interdisciplinares, que significavam um novo e ampliado arranjo curricular na formação universitária brasileira, com implantação do modelo de ciclos e apoiado nos princípios da Universidade Nova. (ALMEIDA FILHO, 2007)

78

Em outubro de 2008, a direção do CCS instituiu uma comissão para elaborar o Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde Coletiva. A comissão foi formada por professores recém-ingressos na UFRB, os quais possuíam graduação em Nutrição ou em Psicologia e Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A primeira ação da comissão foi solicitar uma reunião com a Pró-Reitoria de Graduação, a Direção do Centro e docentes envolvidos na elaboração do Projeto REUNI/UFRB, para esclarecer a real intenção da instituição ao propor o curso. A comissão interrogava esses atores sobre se deveriam propor um curso de graduação em Saúde Coletiva ou um curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Ao final desse encontro, ficou definido que o objetivo de trabalho da comissão seria a proposição de um curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

A partir daí, iniciaram-se os estudos da comissão com foco em três aspectos. Buscou-se, a princípio, subsídios para justificar a mudança de paradigma na formação do trabalhador de saúde e, para tanto, utilizou-se como referência autores como Carvalho e Ceccim (2006), Mattos (2008), Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), os quais apontavam a necessidade de rever a formação em saúde à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro aspecto importante para a fundamentação da proposta foi a produção de conhecimento acerca dos princípios norteadores da formação em ciclos. Nesse sentido, as principais fontes de informação foram os textos sobre Universidade Nova (ALMEIDA FILHO, 2007), o Projeto Pedagógico da Universidade Federal do ABC, além de documentos sobre o Processo de Bolonha e o modelo norte-americano de Universidade. A comissão dedicou-se ainda ao estudo sobre a proposta de organização curricular integrada por meio de eixos e módulos. (ANASTASIOU; ALVES, 2007)

Após três meses de trabalho, o projeto foi apresentado para a comunidade acadêmica do CCS e a administração central da UFRB, obtendo aprovação do Conselho Diretor do Centro e do Conselho Acadêmico da universidade. Tinha-se dado início à criação de um novo curso no CCS, o qual propunha inovações pedagógicas, como a formação em ciclos. Nesse novo projeto pedagógico, o BIS constitui um primeiro ciclo de

formação, composto por componentes curriculares de conteúdos gerais e básicos na área da saúde. Ao final desse primeiro ciclo de formação, o então graduado bacharel em saúde poderá ter acesso ao segundo ciclo de formação, o qual corresponderá ao estudo de componentes curriculares específicos e relacionados à formação profissional em saúde. Além disso, sendo um curso de terminalidade própria, a conclusão do curso do BIS como formação geral na área de saúde confere ao seu egresso a possibilidade de acesso a cursos de pós-graduação ou ao mundo do trabalho.

Com a implantação desse curso em 2009, o CCS passou a conviver com dois modelos de formação, visto que, desde sua inauguração, em 2006, ofertava vagas para cursos de formação linear (Enfermagem, Nutrição e Psicologia). A presença do BIS no Centro desencadeou debates formais e informais sobre o modelo de formação que o CCS poderia adotar. A pergunta era: o Centro deve permanecer com o modelo híbrido ou aderir integralmente à formação em ciclos e inovar de forma radical a formação em saúde? Essa questão produziu muitas inquietações e diversos posicionamentos da comunidade acadêmica no CCS.

Como todo processo de mudança, esse foi repleto de avanços e retrocessos, até que, após três anos da implantação do curso, em 2012, o Conselho Diretor do Centro definiu pelo fim do ingresso direto em cursos de formação linear e adotou o modelo de formação em ciclos. A partir dessa decisão, intensificou-se o processo de revisão dos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no CCS. A partir de 2014, a UFRB passou a ofertar 260 vagas anuais de acesso ao BIS, promovendo, assim, o acesso dos estudantes da área de saúde à formação em ciclos. Os cursos de Enfermagem, Nutrição, Medicina e Psicologia correspondem ao segundo ciclo de formação dos futuros bacharéis em saúde.

O presente texto tem por objetivo relatar a experiência do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Assim, serão apresentados o contexto no qual o curso está inserido e os elementos estruturantes do Projeto Pedagógico do Curso, como objetivos, perfil do egresso, competências, organização da matriz curricular e metodologias de ensino.

Ressalta-se que o BIS/CCS/UFRB é um curso ainda em construção. Desde a sua criação, em 2009, o Projeto Pedagógico do curso encontra-se em sua segunda revisão, o que reflete um processo crítico-reflexivo dos atores envolvidos em sua implementação – estudantes, docentes, técnicos administrativos. Ao longo dos quatro anos de funcionamento do curso, destacam-se alguns resultados exitosos, como o seu reconhecimento

pelo Ministério da Educação e atribuição do conceito quatro (4), o acesso de egressos do BIS nos cursos de Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Medicina da UFRB e em cursos de pós-graduação *latu sensu* e *strito sensu* na área de saúde, a inserção de alguns bacharéis em saúde em cargos de gestão do Sistema Único de Saúde na região do Recôncavo da Bahia. Contudo, os desafios para a concretização desse projeto são muitos, o que requer o crescente envolvimento de atores diversos no âmbito da Universidade, da comunidade e dos sistemas de saúde.

O CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

80

Criada pela Lei nº 11.151, de 29 de julho de 2005, e com sede no município de Cruz das Almas, a UFRB foi implantada na Região do Recôncavo da Bahia. Seu compromisso angular foi o de ofertar ensino superior de qualidade e exercer a responsabilidade social de democratizar a educação, repartir socialmente seus benefícios, de forma a contribuir para o desenvolvimento cultural, artístico, científico, tecnológico e socioeconômico sustentável. (BRASIL, 2005; UFRB, 2005)

Concebida no modelo multicampi, a UFRB é composta por sete centros acadêmicos, sediados em cinco municípios da Região do Recôncavo Sul da Bahia e em Feira de Santana: o Centro de Ciências Agrárias Ambientais e Biológicas (CCAAB) e o Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (CETEC) situam-se no município de Cruz das Almas; o Centro de Artes Humanidades e Letras (CAHL) situa-se no município de Cachoeira; o Centro de Formação de Professores (CFP) situa-se em Amargosa; o Centro de Cultura, Linguagens e Tecnologias Aplicadas (CECULT) situa-se no município de Santo Amaro; o Centro e Tecnologia em Energia e Sustentabilidade (CETENS) está situado no município de Feira de Santana; e, por fim, o Centro de Ciências da Saúde (CCS) situa-se em Santo Antônio de Jesus.

O município de Santo Antônio de Jesus, consolidado como centro comercial e de serviços do Recôncavo Baiano, possui 134 estabelecimentos de saúde, dos quais 35 estão sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O município é polo regional na oferta de serviços de saúde e abriga a sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). O Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), inaugurado em 2010, com modelo de gestão indireta, executada pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF), integra a rede de serviços de saúde do município e está qualificado para realizar

atendimentos de média e alta complexidade à população da região do Recôncavo Baiano.

Foi considerando a extensão da rede de atenção à saúde, instalada em Santo Antônio de Jesus, que o CCS/UFRB foi instalado nesse município, em 2006, com a oferta dos cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia. Na implantação desses primeiros cursos no CCS/UFRB, foram adotados os currículos vigentes na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em 2007, com a ampliação do corpo docente, houve uma reestruturação curricular nos três cursos, que resultou em uma organização curricular em formato linear, disciplinar, com componentes curriculares de formação básica e específica¹ no contexto do CCS/UFRB.

A criação do BIS, em 2009, inaugurou uma nova modalidade de formação em saúde no CCS/UFRB, precipitando um processo de discussão na comunidade acadêmica que, nos três anos subsequentes, conduziria à reorientação da formação em saúde promovida por esse Centro. Para esse cenário de mudança, muito contribuiu a aprovação do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina no CCS, em maio de 2012. Esse curso foi proposto no modelo de formação em ciclos, incluindo o BIS como primeiro ciclo de formação. A inovação pedagógica assimilada no projeto do curso de Medicina acarretou novo ciclo de debates em torno da revisão dos projetos pedagógicos dos cursos já existentes no CCS. A adesão dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia ao modelo de formação em ciclos ocorreu em dezembro de 2012. A partir de então, a reforma curricular tem buscado adequação dos currículos ao modelo de formação integrada e em ciclos.

81

ESTRUTURA CURRICULAR DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

O BIS/CCS/UFRB corresponde ao primeiro ciclo de formação em saúde para os cursos ofertados na universidade. O ingresso no curso realiza-se mediante processo seletivo por meio do Sistema de Seleção Unificada (SISU) do Ministério da Educação. O currículo do curso pode ser

1 Os componentes de formação básica visam habilitar o estudante a se apropriar dos conhecimentos nucleares da área da saúde e utilizá-los em novas construções de atividades profissionais. Já os componentes de formação específica buscam habilitar o estudante a se apropriar do conhecimento teórico, prático e tecnológico relativo às profissões de Enfermagem, Nutrição e Psicologia. (UFRB, 2009)

integralizado em, no mínimo, três anos, com o cumprimento de uma carga horária total de 2.531 horas, as quais estão distribuídas em 1.343 horas de atividades obrigatórias (destas, 204 horas são desenvolvidas à distância, por meio de Ambientes Virtuais de Aprendizagem), 952 horas de componentes curriculares optativos, 136 horas de componentes eletivos e 100 horas de atividades complementares. Para os estudantes que pretendem ingressar no segundo ciclo de formação, os componentes optativos constituirão o itinerário formativo a ser cursado no primeiro ciclo.

82 No Quadro 1, é possível visualizar os elementos estruturantes do Projeto Pedagógico do curso, que são: objetivos, perfil do egresso e competências. Os objetivos do curso reafirmam o seu alinhamento com a formação geral e as vantagens que esse modelo de educação superior pode agregar à formação do trabalhador em saúde, como o compromisso com o contexto econômico e social. Coerente com o que foi assumido nos objetivos, definiu-se o perfil do egresso do curso e as competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Os marcos regulatórios para a construção desses elementos estruturantes foram: diretrizes curriculares para cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia e Referenciais Orientadores para BI e similares. (CNE, 2001a; CNE, 2001b; CNE, 2004; CNE, 2011)

QUADRO 1 – ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO PEDAGÓGICO DO BIS/CCS/UFRB

Objetivo geral
Proporcionar uma formação de natureza interdisciplinar, com enfoque nas culturas humanística, artística e científica, articuladas a saberes concernentes ao campo da saúde.
Perfil do Egresso
Será capaz de compreender o campo da saúde a partir do contexto ambiental, nas dimensões social, econômica, cultural, epidemiológica, biológica, patológica, política e organizacional, com vistas a identificar, planejar e tomar decisões nesse campo, atuando como agente crítico e colaborador da transformação da dinâmica social, mediante princípios éticos, solidariedade e responsabilidade social.

Competências	
<p>Compreender/conhecer a realidade Compreender o homem em suas dimensões filosófica, política, psicológica, biológica, social e cultural e em suas fases evolutivas do ciclo de vida, inseridas no contexto familiar e sociocultural; Estabelecer relações com o contexto político, econômico, cultural e ambiental, no qual se inserem as práticas de saúde, atuando como agente crítico e transformador da realidade; Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida, participando de forma ativa nos diversos espaços sociais, com vistas à garantia da integralidade da assistência, enfocada como ações promotoras de saúde e preventivas de doenças, tendo como foco a saúde de indivíduos, famílias e comunidades; Conhecer os perfis epidemiológicos das populações e as necessidades individuais e coletivas de atendimento à saúde, considerando as especificidades regionais do país; Reconhecer e respeitar a diversidade de aspectos sociais, culturais e físicos de indivíduos e comunidades, combatendo quaisquer formas de discriminação sexual, étnica e social, valorizando a vida em uma lógica de inclusão social; Desenvolver curiosidade científica e interesse permanente pela aprendizagem, com iniciativa para buscar novos saberes.</p>	<p>Transformar a realidade Promover estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades da comunidade e atuando como agente de transformação social; Estabelecer relações pautadas em atitudes éticas e humanas que favoreçam a interação em grupo e a tomada de decisões competente e responsável, facilitando o enfrentamento criativo das situações, muitas vezes incertas e imprevisíveis do cotidiano, e o gerenciamento de forma efetiva e eficaz; Planejar, implementar e avaliar ações de promoção à saúde, com vistas ao empoderamento da comunidade; Desenvolver a capacidade para atuar em novas situações; Desenvolver a capacidade de identificar, planejar e resolver problemas; Desenvolver espírito crítico-reflexivo e consciência da totalidade de teoria e técnicas.</p>
<p>Desenvolver conduta ética moral Realizar serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da Bioética; Ser acessível e receptivo na interação com os indivíduos e a comunidade, mantendo a confidencialidade das informações compartilhadas; Desenvolver o autoconhecimento, a sensibilidade humana, o senso de responsabilidade, solidariedade e justiça para atuar com disponibilidade e flexibilidade, respeitando os princípios ético-legais e humanos; Desenvolver ações, visando o uso apropriado, a eficácia e o custo-efetividade dos recursos disponíveis, mediante avaliação acerca da conduta mais apropriada.</p>	<p>Realizar práticas interdisciplinares Comprometer-se com a ação interdisciplinar em saúde, integrando conhecimentos e reconhecendo-se como agente desse processo; Assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; Participar do trabalho em equipe e em pequenos grupos, com responsabilidade e respeito à diversidade de ideias, valores e culturas.</p>

<p>Agir com autonomia Adotar uma atitude disponível para investir em educação permanente, criando espaços para desenvolvimento de seus projetos pessoais, “aprendendo a aprender”, desenvolvendo o gosto pela leitura e a participação em atividades de enriquecimento cultural; Desenvolver a capacidade de formular e gerir projetos; Compreender a sua formação como processo contínuo, autônomo e permanente.</p>	<p>Desenvolver habilidades de comunicação Utilizar adequadamente recursos da tecnologia da informação e da comunicação (verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura) na área de atuação; Dominar, instrumentalmente, pelo menos uma língua estrangeira; Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou ações extensionistas ou outras formas de produção de conhecimento para aprimorar a atuação prática.</p>
--	---

Fonte: Projeto Pedagógico do BIS/CCS/UFRB (UFRB, 2009b).

Um dos princípios basilares da organização do currículo do curso é a flexibilização curricular. Para tanto, promove-se a oferta de componentes optativos e eletivos e o estímulo de desenvolvimento de atividades complementares pelos estudantes. Os componentes optativos poderão, por sua vez, configurar diferentes itinerários formativos relacionados aos interesses de estudo do estudante.

A interdisciplinaridade corresponde a outro princípio norteador do projeto pedagógico do curso. Para a sua concretização no cotidiano do curso, foram criados espaços curriculares que proporcionam o encontro, a troca e a interação entre estudantes e professores para a produção do conhecimento, tais como: as práticas de integração de conteúdos dos módulos (avaliação e seminários integrativos) e a imersão em comunidades do município de Santo Antônio de Jesus para desenvolvimento de atividades de pesquisa e de extensão orientadas pelos estudos realizados nos módulos teóricos do curso.

A partir desses princípios, o currículo organiza-se a partir de eixos integrativos horizontais e verticais, que funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os saberes, de forma integrada, promovem um movimento de crescente complexidade. Nesse sentido, os semestres do curso são considerados como Unidades de Produção Pedagógica (UPP), estruturados em seis eixos temáticos: “Ser Humano e Realidade”; “Saúde, Cultura e Sociedade”; “Saúde e seus Determinantes”; “Saúde e Qualidade de Vida”; “Sistemas e Políticas de Saúde”; “Específico”. Esses eixos articulam módulos, os quais são construídos a partir da integração de núcleos de saberes da mesma área de conhecimento ou de áreas diferentes. Acrescentam-se a essa estrutura os eixos formados pelos módulos “Processos de Apropriação da

Realidade”, que promovem a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, um conjunto de módulos que agregam temáticas do campo da Saúde Coletiva, das Biociências e do itinerário formativo. Esse último visa aproximar os estudantes de um campo de formação específica. Na Figura 1, é possível visualizar a estrutura curricular do curso.

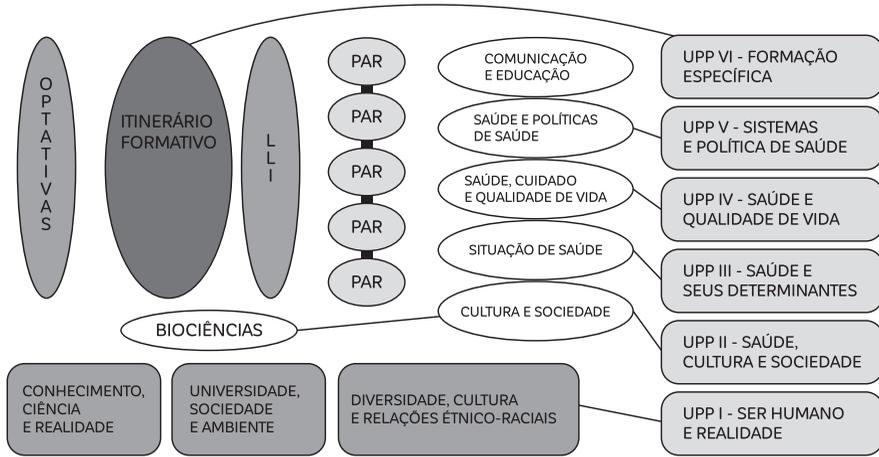
A respeito da organização do currículo, destaca-se a incorporação de saberes voltados para a formação geral e básica na área da saúde. Nesse sentido, na primeira Unidade de Produção Pedagógica (UPP), os estudantes do BIS são intencionalmente expostos a estudos de formação geral, os quais têm a finalidade de criar condições para que o graduando possa compreender, analisar e lidar com a realidade e com as diversas formas de conhecimento. Dessa forma, almeja-se, no início da graduação do bacharel em saúde, apresentar discussões que contribuam para a formação de um cidadão político, ético e crítico. Esses estudos de formação geral são proporcionados particularmente pelos módulos: “Conhecimento, Ciência e Realidade”, “Universidade, Sociedade e Ambiente” e “Diversidade, Cultura e Relações étnico-raciais”. Acrescenta-se a formação em linguagens por meio dos módulos voltados para produção de textos em língua portuguesa e o Laboratório de Língua Inglesa (LLI), o qual se estende da UPP II à UPP IV.

85

Na segunda UPP, além do componente “Cultura e Sociedade”, que aborda conteúdos de Ciências Sociais, como Antropologia e Sociologia, inicia-se a formação básica em Saúde Coletiva, por meio de módulos que contemplam as suas três grandes áreas (Epidemiologia, Planejamento e Políticas de Saúde e Ciências Sociais em Saúde) e ocupam dois anos do curso, até a UPP V. Nesse momento, o curso reafirma o seu propósito de contribuir com a reorientação da formação em saúde para a consolidação da Reforma Sanitária no Brasil.

Os componentes curriculares “Estudos em Saúde Coletiva”, “Situação de Saúde”, “Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida”, “Estado e Políticas de Saúde” e “Comunicação e Educação em Saúde” promovem a abordagem de uma concepção ampliada de saúde, contextualizando-a a partir da análise das condições de morbimortalidade da população brasileira e dos modelos assistenciais vigentes no país. O percurso, proporcionado por esse eixo do curso, pode ser reconhecido como uma resposta às lacunas observadas nos currículos de muitos cursos da área de saúde, no que concerne a uma formação sensível às reais necessidades de saúde da população brasileira, bem como a reorientação das práticas de cuidado e de gestão no âmbito do SUS.

FIGURA 1 – ESQUEMA REPRESENTATIVO DA MATRIZ CURRICULAR DO BIS/CCS/UFRB



86

	Eixo horizontal: Formação geral
	Eixo vertical: “Processos de Apropriação da Realidade” – PAR
	Eixo vertical: Saúde coletiva
	Eixo Vertical: Itinerário formativo

Fonte: Elaborado pelos autores.

A formação básica na área biológica inicia-se com o módulo de “Bio-ciências”, que tem a finalidade de apresentar este campo de estudos para os estudantes, e complementa-se nos itinerários formativos, que se configuram como espaços de escolha de componentes curriculares optativos. Assim, o estudante tem a possibilidade de construir, efetivamente, seu caminho para uma terminalidade, em uma área profissional específica, de forma madura, caso esse seja o seu desejo. Essa flexibilidade na definição dos componentes curriculares optativos pelo estudante torna possível, ainda, a aproximação do estudante com saberes específicos de diferentes cursos da área de saúde, o que pode contribuir para suas reflexões quanto à opção relativa ao acesso ao segundo ciclo.

No contexto do CCS, e considerando os cursos profissionalizantes ofertados, o estudante do BIS tem a possibilidade de construir itinerários formativos que o habilitem a cursar um segundo ciclo de graduação em Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Medicina e, futuramente, em Farmácia. Acrescenta-se a essas alternativas a possibilidade de assumir o curso como terminalidade própria ou como porta de acesso para a pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. Nesse sentido, para aqueles estudantes que revelam a intenção de uma formação profissionalizante,

há uma recomendação, por parte dos colegiados dos cursos, de que eles optem pelo caminho que oferece o estudo integrado da área biológica da saúde, que, no BIS, materializa-se em módulos como “Morfofuncionais” e “Biointeração”.

Nos módulos de “Morfofuncionais”, o estudante dedica-se a estudar as bases moleculares e celulares dos processos normais da estrutura e dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos. Os módulos de “Biointeração” concentram-se no estudo da avaliação da resposta imunopatológica aos agentes agressores de natureza biológica, física e química e a relação dos parasitos e vetores com seus respectivos hospedeiros. Esses módulos enfocam, também, o estudo dos principais agentes microbiológicos e farmacológicos e suas interações medicamentosas como proposta terapêutica e a interferência dos alimentos na biodisponibilidade destes agentes. Ainda nos módulos de “Biointeração”, realiza-se o estudo das principais doenças humanas (cardiovasculares, respiratórias, do sistema digestivo, das neoplasias, doenças renais, do trato gênito-urinário e endócrinas), seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial, exame físico e terapêutica farmacológica.

87

Caso os estudantes manifestem interesse em construir itinerários que os aproximem, por exemplo, da área de Psicologia, com a finalidade de, no segundo ciclo, concluir os estudos e obter o grau de psicólogo, o BIS oferece como opções o estudo de componentes como “Processos Grupais”, “Direitos humanos e políticas públicas” e “Ética e trabalho”, que discutem o trabalho em grupo, partindo do paradigma cartesiano à interdisciplinaridade, problematizam a situação de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade e políticas públicas brasileiras, assim como enfocam o mundo do trabalho e as questões éticas que se colocam nesse cenário.

Por outro lado, se o desejo do estudante for obter uma formação geral em saúde, tendo o entendimento do BIS enquanto um curso de terminabilidade própria, ele pode realizar estudos diversificados a partir dos seus interesses e objetivos. O curso dispõe de carga horária para componentes eletivos, de livre escolha do estudante regular, para fins de enriquecimento cultural, de aprofundamento e/ou atualização de conhecimentos específicos, que complementem a formação acadêmica. Ademais, oferece um conjunto de componentes curriculares optativos de formação geral, dentre eles: “Introdução ao Vídeo”, “Abordagem Cinematográfica de Temas Contemporâneos”, “História da Arte”, “Produção Musical e Contexto Sócio Cultural Brasileiro”, “Produção Textual”. Independentemente dos desejos ou interesses do estudante, destaca-se que essa diversidade de componentes permite conhecer diferentes áreas e obter uma formação universitária diversificada.

O eixo composto pelos módulos “Processos de Apropriação da Realidade”, transversal ao curso, se inicia na UPP I e acontece até a UPP V, contabilizando uma carga horária total de 391 horas de ações de pesquisa, extensão e ensino, em comunidades do município de Santo Antônio de Jesus. Trata-se de módulos eminentemente práticos, que funcionam como integradores dos conteúdos trabalhados nos módulos que compõem cada eixo do curso e, pelo caráter transversal, promovem o desenvolvimento crescente e complexo de aprendizagens, pautadas na investigação e em intervenções participativas, por meio das quais se busca o empoderamento de todos os atores envolvidos.

88

O PAR é um dispositivo político-pedagógico cuja função de integração permite, de modo articulado, realizar algumas das inovações pretendidas na estrutura curricular do curso. Primeiramente, desempenha o papel de promover, com maior vigor, a interdisciplinaridade, por meio do diálogo entre os módulos e docentes de distintas áreas de conhecimento no tratamento dos temas assumidos em cada UPP. As propostas pedagógicas no módulo de cada UPP agregam ações de pesquisa e extensão, materializando a curricularização dessas atividades, que caracterizam o tripé das universidades; e, ainda, potencializam a vinculação e compromisso sócio sanitário dos estudantes com a sociedade, aliando as distintas naturezas de saberes, tendo em vista que as atividades são realizadas ao longo do curso numa comunidade eleita na primeira UPP.

Os trabalhos produzidos ao longo da UPP nos módulos “Processos de Apropriação da Realidade” são socializados no final de cada semestre letivo, em um evento denominado “Seminário Integrativo do BIS”. O evento tem por objetivo divulgar os trabalhos interdisciplinares desenvolvidos pelos estudantes e as comunidades, promover integração entre estudantes de diferentes UPP e distintos ciclos de formação (1º e 2º ciclos) e, ainda, com os discentes e docentes de outros cursos, além de estimular a cultura da produção científica e artística no percurso da vida acadêmica.

As primeiras versões do Seminário Integrativo ocorreram no formato tradicional de seminário, com apresentação de conferências e comunicações coordenadas, nas quais os estudantes apresentavam os trabalhos desenvolvidos nas comunidades. Nas duas últimas versões do evento (2011 - 2013), adotou-se a estratégia de salas temáticas, onde os estudantes utilizam diferentes linguagens artísticas, painéis, maquetes, registro fotográfico, entre outros elementos, para apresentar o trabalho desenvolvido em campo.

METODOLOGIA DE ENSINO E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

A proposta metodológica do curso está fundamentada em Paulo Freire (1987) e Vygotsky (1984), especialmente nas concepções sobre conhecimento desses autores, as quais guardam convergência, na medida em que ambos consideram que a origem do conhecimento se dá na práxis (GEHLEN; MALDANER; DELIZOICOV, 2010; MARQUES, L.; MARQUES, C., 2006), a qual está relacionada com conhecimentos espontâneos, como, também, com aqueles elaborados. Ambos os autores consideram a aprendizagem como um ato de conscientização. No caso de Freire, destaca-se que a compreensão e apropriação da realidade é mediada pela realidade na qual o sujeito está inserido. Em Vygotsky, a partir de estudos do desenvolvimento psicológico, o conhecimento está relacionado ao processo de elaboração conceitual, concebido como uma construção social. (POLI, 2008)

89

A organização didático-pedagógica do curso foi estruturada em três momentos fundamentais de aprendizagem: “mobilização para o conhecimento”, “construção do conhecimento” e “elaboração da síntese do conhecimento”. Considera-se que a “mobilização para o conhecimento” caracteriza-se pela articulação entre a realidade empírica do grupo de educandos com suas redes de relações, visão de mundo, percepções, linguagem e as discussões acerca do ambiente e sua problemática. No segundo momento, parte-se para a “construção do conhecimento”, que visa submeter a percepção inicial a um processo crítico de questionamento, mediado pela literatura científica de referência para o conjunto de saberes em questão. Superada a visão sincrética inicial, a “síntese do conhecimento” configura-se como um processo de construção e reconstrução do conhecimento pelo educando, visando à elaboração de novas sínteses a serem continuamente retomadas e superadas.

O Projeto Pedagógico assume os “Programas de Aprendizagem” como estratégia de organização de saberes e planejamento de módulos, construídos e pactuados com os estudantes no início de cada etapa, através de sua discussão como um “contrato didático”. Nesse contrato, as partes definem ações, compromissos e formas de enfrentamento dos desafios presentes no ato de ensinar e de apreender os conhecimentos e competências ali propostos. (ANASTASIOU; ALVES, 2007)

A avaliação no curso caracteriza-se por ser um processo contínuo, que ocorre no desenvolvimento de cada módulo e por meio de atividades avaliativas, individuais e em grupo, específicas de cada componente curricular, assim como de avaliações integradoras dos eixos temáticos, como a

“Avaliação Integrativa”² e o Seminário Integrativo. Em cada módulo, busca-se pautar a avaliação tanto no processo de aprendizagem (avaliação formativa), como no seu produto (avaliação somatória). Na avaliação formativa, tem-se um compromisso com a aprendizagem dos estudantes e definição prévia de objetivos (AFONSO, 2000), buscando-se identificar as potencialidades, as lacunas na aprendizagem, bem como novas estratégias para superar as dificuldades identificadas. Já na avaliação dos produtos, busca-se reunir as provas de verificação da aprendizagem ou comprovações do desenvolvimento das competências.

90

A ação pedagógica demanda posturas e práticas inclusivas, inter/multiculturais e flexíveis. Nesse sentido, o estudante é mobilizado a sair do papel de receptor passivo, mediante o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão, gerando uma mudança de atitude em relação ao consumo da informação, para que, assim, possa se tornar sujeito da própria aprendizagem. A conquista da competência de “aprender a aprender” é entendida como absolutamente necessária a sujeitos que atuarão em uma realidade complexa e em permanente transformação, como é o campo da saúde, e que terão de enfrentar as novas situações e problemas que estarão sempre emergindo nas experiências de trabalho. Busca-se fazer com que o estudante, na relação com a comunidade acadêmica e a sociedade em geral, esteja aberto à interação, ao compartilhamento, ao respeito, à diferença, ao desenvolvimento da habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, incluindo suas emoções.

Em relação ao docente, propõe-se que esse adote uma postura facilitadora/mediadora no processo de aprendizagem, estruturando cenários que sejam significativos e problematizadores para o campo da saúde. Nessa perspectiva, os docentes são incentivados a desenvolver práticas educativo-críticas, por meio de ações de ensino, pesquisa e extensão, que impliquem os estudantes como sujeitos ativos, interativos e imaginativos no processo formativo, orientando-os acerca de diferentes caminhos de busca, escolha e análise das informações.

A partir dessa escolha metodológica, tem-se a expectativa de que todo o processo seja pautado na dialogicidade e no respeito entre docentes e estudantes, viabilizando a tessitura de relações justas, sérias, humildes, generosas, em que a autoridade dos educadores e as liberdades dos estudantes se assumem política e eticamente. (FREIRE, 1996)

2 A Avaliação Integrativa é um instrumento individual, aplicado em todas as UPP, como uma estratégia que busca mobilizar os estudantes para integrar os conteúdos trabalhos em cada um dos módulos que compõem os eixos integrativos.

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E PERSPECTIVAS DO CURSO

A proposição do BIS/CCS/UFRB, em muitos aspectos, dá respostas às principais questões que compõem a demanda por mudanças no âmbito da formação universitária, especificamente em saúde, na medida em que institui um modelo integrado de formação geral e básica e busca valorizar a formação humanística, ética e cidadã, sem minimizar a importância do domínio dos conteúdos basilares para a formação.

Um dos grandes desafios enfrentados para a implantação desse projeto tem sido o tradicionalismo acadêmico, traduzido no caráter profissionalizante dos processos de formação de nível superior no Brasil, nas práticas pedagógicas tradicionais dos docentes, pautadas no isolamento em campos disciplinares, na postura passiva dos estudantes frente ao processo de aprendizagem, na falta de articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Esses aspectos são antagônicos à proposta do BIS, o que vem demandando um enfrentamento cotidiano do colegiado e Núcleo Docente Estruturante do curso e da Pró-Reitoria de Graduação da universidade, no sentido de, a partir de um processo estruturado de avaliação, acompanhamento e intervenção, promover a efetivação dos princípios e diretrizes do Projeto Pedagógico Institucional e do curso.

Esta experiência de implantação de um currículo integrado favorece o exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à sociedade, gerando uma maior intimidade com a dinâmica existente nos territórios em que as pessoas vivem, onde o futuro trabalhador de saúde irá assumir a responsabilidade sanitária. Todo este processo tem sido mediado por ações intencionalmente construídas para fortalecer a autonomia dos estudantes e seu empoderamento. Como resultados deste processo, pode-se destacar a participação dos estudantes na vida política e administrativa da universidade, por meio da atuação como representantes estudantis no Conselho Diretor do CCS, no colegiado do curso, bem como no movimento estudantil. Ademais, é expressiva a presença dos mesmos, desde os primeiros semestres do curso, em grupos de pesquisa, de extensão e em eventos científicos, integrando-se, desse modo, a vida universitária em toda sua potencialidade.

A originalidade da proposta é um destaque para a formação universitária quando se compara à realidade nacional. Especialmente no campo da saúde, o BIS/CC/UFRB agregou força ao pioneirismo da Universidade Federal da Bahia e, posteriormente, da Universidade Federal do Sul da Bahia, na implantação do modelo de formação em regime de ciclos e, por conseguinte, na (re)construção de um perfil de trabalhador diferenciado

e mais comprometido com o Sistema Único de Saúde. Nesse espírito, um jovem grupo de docentes do CCS/UFRB conseguiu implementar o BIS e construir coletivamente uma proposta de formação superior em regime de ciclos, culminando na decisão de unificar os modelos de formação no Centro de Ciências da Saúde da UFRB. Essa decisão significa um novo e instigante desafio para o CCS, a partir do ano de 2014, quando o ingresso de estudantes passou a ocorrer via Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, o primeiro ciclo de formação de enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos.

REFERÊNCIAS

92

- AFONSO, A. J. *Avaliação educacional: regulação e emancipação*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. de. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Ed. da UnB; Salvador: EDUFBA, 2007.
- POLI, S. M. A. *Freire e Vigotski: o diálogo entre a pedagogia freireana e a psicologia histórico-cultural*. 2007. 204 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (Org.). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 7. ed. Joinville: UNIVILLE, 2007.
- BRASIL. Lei nº 11.151, de 29 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, por desmembramento da Universidade Federal da Bahia – UFBA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1 ago. 2005. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/legislacao>>. Acesso em: 11 nov. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2007. Seção 1, p. 7. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em: 1 mar. 2012.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Saúde em debate, 170). p. 137-170.

CNE. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CNE. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 39. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CNE. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em psicologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 maio 2004. Seção 1, p. 16. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

93

CNE. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 266, de 6 de julho de 2011. Referenciais orientadores para os bacharelados interdisciplinares e similares das universidades federais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 out. 2011. Seção 1, p. 16. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8907-pces266-11&category_slug=setembro-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 14 abr. 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (O mundo de hoje, 21).

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Saberes, 36).

GEHLEN, S. T.; MALDANER, O. A.; DELIZOICOV, D. Freire e Vygotsky: um diálogo com pesquisas e sua contribuição na educação em ciências. *Pro-Posições*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 129-148, jan./abr. 2010.

MARQUES, L. P.; MARQUES, C. A. Dialogando com Paulo Freire e Vygotsky sobre educação. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 29., 2006, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ANPED, 2006. p. 1-14.

MATTOS, R. A. de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 313-352.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A de. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

UFRB. Estatuto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Cruz das Almas, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Luciana/Downloads/estatuto_ufrb%20(4).pdf>. Acesso em: 27 nov. 2013.

UFRB. Plano de desenvolvimento institucional - 2010-2014. Cruz das Almas, 2009a. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/portal/#>. Acesso em: 27 nov. 2013.

UFRB. Projeto pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Santo Antônio de Jesus, 2009b. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/bis/index.php/sobrehttp://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/pdi>. Acesso em: 18 out. 2011.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

INTER-TRANSDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO
DENISE COUTINHO

INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde com base na fragmentação do conhecimento e a consequente ausência de uma perspectiva interdisciplinar têm sido apontadas por diversos autores como determinante da reduzida integralidade na assistência à saúde no Brasil. (ALMEIDA FILHO, 2011; PAIM et al., 2011; TEMPORÃO, 2012) O perfil predominante do egresso dos cursos atuais de graduação em saúde¹ revela o pouco ou quase inexistente

1 De acordo com a Resolução nº 287/98, 14 categorias são consideradas profissões de saúde no Brasil as seguintes categorias de nível superior: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Biomédicos; 4. Profissionais de Educação Física; 5. Enfermeiros; 6. Farmacêuticos; 7. Fisioterapeutas; 8. Fonoaudiólogos; 9. Médicos; 10. Médicos Veterinários; 11. Nutricionistas; 12. Odontólogos; 13. Psicólogos; e 14. Terapeutas Ocupacionais. (BRASIL, 1998a) Ver também a Cartilha “Câmara de regulação do trabalho em saúde”. (BRASIL, 2006)

comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional e, menos ainda, da necessária integração de conhecimentos interdisciplinares, abandono da formação humanística (psicológica, econômica, política, sociológica e filosófica), resultando em profissionais despreparados e imaturos para compreender e intervir, de modo integral e efetivo, na tríade saúde-enfermidade-cuidado.

As condições atuais do trabalho em saúde demonstram claramente que o graduado em saúde no Brasil não está pronto para assumir seu papel em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde (BRASIL, 2007), e pouco ou nada conhece da realidade situacional, permanecendo resistente às mudanças e defendendo o *status quo* vigente. Sua formação continua voltada para a clínica privada ou para a atuação no nível terciário de cuidado: clínicas especializadas, hospitais e UTIs.

96

A atual expansão da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família (PAIM et al., 2011) traz enorme desafio para o sistema de educação em saúde, pois requer um novo tipo de profissional, apto a prestar atendimento integral, humanizado e resolutivo, além de ter conhecimentos de saúde pública, epidemiologia, prevenção e promoção da saúde. A incorporação de grande volume de conhecimentos e tecnologias, de forma passiva, fragmentada e linear, formato encorajado pelos atuais currículos no campo da saúde, não se traduz em competência e bons resultados na prática profissional. Por outro lado, apesar de instrumental para a construção histórica das universidades brasileiras, o isolamento e a distinção das diferentes escolas e faculdades (e de seus estudantes e professores) são contraditórios com os valores contemporâneos promotores de relações sociais solidárias, tanto nos aspectos pessoais, quanto profissionais e acadêmicos. No contexto atual, a formação profissional especializada mostra-se enfim redutora do universo de compreensão e ação no campo da saúde, ao tempo em que se revela incompatível com a proposta de uma nova educação universitária, capaz de problematizar e resolver questões e desafios que se apresentam na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde no Brasil. (BRIANI, 2001; COSTA, 2007)

O projeto da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), no âmbito específico da formação em Saúde, pretende superar tais problemas recorrendo a uma modalidade de estrutura curricular denominada Regime de Ciclos, característica dos modelos mais avançados de educação superior no mundo. A implantação de cursos superiores com dispositivos que garantam a formação interdisciplinar, tendo como suporte inicial uma formação geral – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI-S) – e, em seguida (mas não obrigatoriamente), formação clínica generalista – em

Medicina, Psicologia, Saúde Coletiva² –, é mais adequada à atenção primária em saúde do que às práticas de tratamento e controle de doenças. Isto certamente contribuirá para a formação de sujeitos capazes de apreender as múltiplas e complexas facetas dos programas, políticas e práticas do campo da Saúde.

Neste capítulo, propomos um debate visando promover a discussão de novos parâmetros curriculares para a educação superior em saúde: como introduzir e promover a inter-transdisciplinaridade nos programas de formação profissional em saúde, numa nova instituição universitária pública federal. Em primeiro lugar, apresentamos uma breve discussão epistemológico-metodológica das abordagens pós-disciplinares, como linha de base para problematizar a necessidade de abertura à diversidade dos saberes pertinentes à formação em saúde. Em segundo lugar, descrevemos o regime de ciclos de formação, planejado na UFSB, focalizando a estrutura e funcionamento do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Em terceiro lugar, apresentamos a proposta do Curso de Medicina como segundo ciclo, ilustrando o modelo modular e progressivo de formação específica em saúde. Por fim, discutimos as perspectivas concretas de estratégias de inserção da interdisciplinaridade em programas inovadores de formação profissional em saúde.

97

INTER-TRANSDISCIPLINARIDADE: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Atualizando uma linha de reflexão sobre esse tema no campo da saúde (ALMEIDA FILHO, 1997, 2005, 2007), podemos revisar a base semântica desse conjunto de significantes correlatos, buscando inicialmente distinguir os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade.

Multidisciplinaridade significa mera convivência entre disciplinas, sem trocas nem comunicação. A interdisciplinaridade, por sua vez, se dá no campo das culturas acadêmicas e implica três sentidos ou modos: a) interface entre campos disciplinares, enriquecendo objetos específicos de conhecimento (Antropologia Social; Sociologia Jurídica; Engenharia Clínica); b) fusão de disciplinas, resultando em objetos também fusionados (Físico-Química; Bioinformática; Neurociências); c) uso de múltiplas abordagens, oriundas de distintos campos disciplinares, para produzir

2 Enfocaremos apenas estes três cursos profissionalizantes, nessa primeira etapa de construção do BI-S.

conhecimento ou ação sobre um problema concreto (e complexo). Nesse último caso, abrem-se perspectivas ou pertinências de uma forma privilegiada de passagem ou trânsito entre distintos campos disciplinares e interdisciplinares, que tem sido designada como Transdisciplinaridade. A ênfase aqui recai no objeto e na problemática que o constitui. Tomemos como exemplo as Ciências Ambientais que não podem prescindir de conhecimentos integrados provenientes de campos interdisciplinares (Arquitetura/Urbanismo, Psicologia, Economia, Engenharias, Saúde Coletiva etc).

98 Localizada no estabelecimento de nexos (processos) significativos e necessários para a resolução de uma problemática entre campos e práticas disciplinares, a transdisciplinaridade revela-se uma exigência para modos de formação e currículos contemporâneos em todos os níveis, etapas e modalidades educacionais. Mais ainda, significa ultrapassar a epistemologia cartesiana (COUTINHO; SANTOS, 2010), ser capaz de transgredir fronteiras cognitivas e metodológicas, sobretudo propiciando a construção de modos de produção de conhecimento mais integradores e respeitosos da complexidade do mundo. (DÍAZ, 2000; SANTOS, 1989)

Como parte de uma pragmática definida, propomos identificar três noções de transdisciplinaridade, acreditando que serão úteis para compreender seus focos de aplicação ao nosso tema:

TransD 1- Práticas para a formação curricular interdisciplinar (operadores híbridos ou anfíbios de projetos ou programas de intervenção sobre situações-problema complexos).

TransD 2- Práticas para a pesquisa interdisciplinar (operadores híbridos ou anfíbios de projetos de produção de objetos de conhecimento interdisciplinares ou de solução de problemas complexos).

TransD 3- Práticas para a ação interdisciplinar (projetos ou programas de intervenção sobre situações de complexidade).

Num sentido estrito, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade compreendem modalidades ou estratégias de articulação ou formação do conhecimento e não são, de fato e de direito, campos de saberes. Uma síntese provisória desta proposta de articulação, ainda esquemática e preliminar, indica a inter-transdisciplinaridade simultaneamente como método de inquérito e estratégia de formação, que permite apreciar e construir objetos complexos para a intervenção concreta na resolução de problemas.

Antes de passar do plano epistemológico geral para a questão da inter-transdisciplinaridade no plano das práticas pedagógicas no ensino superior, precisamos considerar a problemática normativa, especialmente na interface ou transição entre o ensino médio e a universidade.

No plano normativo, em todos os níveis de ensino, estimula-se a flexibilidade, a interdisciplinaridade e a educação cidadã, garantidos pela

Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1996) e pelos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio. (BRASIL, 2000) No ensino pré-universitário, os parâmetros curriculares vigentes definem claramente a perspectiva interdisciplinar como eixo integrador das grandes áreas do conhecimento. (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2013) Propondo ultrapassar a concepção de ensino como acúmulo de conhecimentos, as principais referências dos parâmetros curriculares do ensino médio vão no sentido de desenvolver no estudante a capacidade de apreender a realidade e seus problemas, de modo contextualizado e interdisciplinar. (BRASIL, 2000)

No que tange ao ensino superior, e em consonância com os princípios internacionais propostos pela UNESCO e abraçados na comunidade europeia pelo Processo de Bolonha, conquanto invista na formação profissional, a LDB brasileira define como primeira finalidade da educação superior “estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo”. (BRASIL, 2000, p. 35) Pelo menos nos termos legais e normativos, portanto, existe plena integração de princípios entre os sistemas de educação básica e superior. Todavia, no que se refere ao ensino público brasileiro, os princípios dessa reformulação curricular são visíveis apenas na letra normativa oficial e nos processos avaliativos nacionais, como o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

No plano político-pedagógico, vários membros do grupo dirigente e consultores encarregados dos respectivos projetos político-pedagógicos da UFSB têm manifestado preocupações sobre o que é, na prática, e como se realizará a interdisciplinaridade. Nesse sentido, temos avançado o debate sobre a inter-transdisciplinaridade como um dos eixos conceituais a serem destacados no processo de construção institucional. Autonomia, sustentabilidade, multiculturalidade, afiliação, epistemodiversidade, pluralidade metodológica são conceitos-chave.

Consideremos aqui um esquema provisório de hipóteses de trabalho para o projeto que se concretiza na UFSB. A primeira questão, que diz respeito ao próprio termo: O que é interdisciplinaridade?, deve levar imediatamente a uma outra pergunta, no plano da ação: Como se realiza? Para compor nosso referencial conceitual, com base no exposto acima, adotamos uma noção ampla, certamente em progresso, de ‘interdisciplinaridade’ como capacidade qualificada de articular saberes de distintas matrizes epistemológicas (racionalidades, paradigmas ou marcos teóricos). À falta de um termo mais preciso e considerando a enorme difusão deste significante, preferimos falar de inter-transdisciplinaridade para designar a operacionalização da epistemodiversidade como valor em nossas pautas políticas, estruturas curriculares e estratégicas pedagógicas. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008)

Há uma extensa bibliografia sobre conceitos de interdisciplinaridade; precisamos de cautela nesse solo, porque muitas referências são meramente retóricas, vazias ou prescrições de pouca consistência e validade. O mesmo não podemos dizer da questão correlata no plano prático: como se realiza a interdisciplinaridade? A literatura acadêmica sobre o estado da arte da interdisciplinaridade do ponto de vista pedagógico-metodológico é dispersa e confusa. Além disso, não basta ler e compreender uma prática como um problema teórico (que sempre é) para sermos capazes de construir práticas institucionais fracamente estáveis, isto é, flexíveis e dinâmicas, ou vivas e eficientes. O restante deste texto apresenta aspectos gerais e perspectivas metodológicas, pedagógicas e institucionais de um projeto de concretização da interdisciplinaridade como modelo de formação em Saúde.

100

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE NA UFSB: PRIMEIRO CICLO

O projeto político-pedagógico da UFSB funda-se em três aspectos: primeiro, arquitetura curricular organizada em ciclos de formação, com modularidade progressiva (oferecendo certificações independentes a cada ciclo); segundo, regime letivo quadrimestral, com otimização de equipamentos, instalações e recursos financeiros; por último, em complemento, uma combinação de consistente pluralismo pedagógico e metodológico e uso intensivo de tecnologias digitais de ensino-aprendizagem, tanto no plano operacional quanto didático.

O ingresso de estudantes em carreiras profissionais se dá em cursos de primeiro ciclo, de duas maneiras: a) nos Bacharelados Interdisciplinares (BI), por meio de seleção geral via ENEM/SISU, com reserva de pelo menos 55% das vagas para egressos de escola pública, observando o recorte étnico-racial equivalente à proporção censitária da região, determinado por lei; b) em Áreas Básicas de Ingresso (ABI), nos Colégios Universitários (CUNI), mediante seleção priorizada, mas não exclusiva, aos estudantes de escolas públicas localizadas no território.

A Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários é formada por unidades acadêmicas desconcentradas, implantadas em localidades com mais de 20 mil habitantes e com mais de 300 egressos do ensino médio. Funcionam, preferencialmente, no turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio, oferecendo a mesma formação que têm os estudantes das sedes. Cada ponto da Rede (cada CUNI) conta com docentes efetivos da UFSB e internet banda-larga, de modo a potencializar atividades conjuntas entre campus e CUNI. O ingresso se dá mediante o ENEM, com seleção

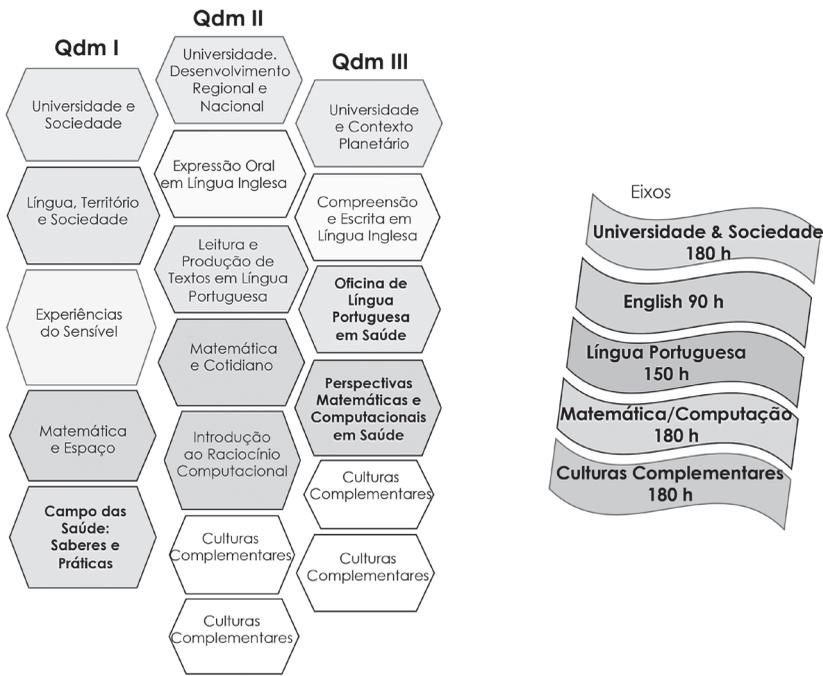
induzida e priorizada para estudantes que tenham cursado todo o ensino médio em escolas públicas daquele município ou de algum consórcio local. Tal esforço tem como objetivo oferecer ensino de qualidade a jovens que não podem, por diversas razões, deslocar-se de sua cidade, vila, assentamento, aldeia para estudar num polo regional de educação superior.

O primeiro ciclo da UFSB compreende BIs em quatro grandes áreas: Artes, Ciências, Humanidades e Saúde. São cursos de três anos com diplomação plena, que podem servir como preparação para a formação docente ou profissional, ou ainda diretamente para formação científica ou artística de pós-graduação. (BRASIL, 2011) A estrutura interna do BI compreende duas etapas: formação geral e formação específica. Na etapa de formação geral, este modelo de educação universitária compreende uma estrutura curricular aberta e flexível, como um neo-*quadrivium*: línguas modernas (minimamente, português e inglês), uso instrumental de computação (letramento digital e competências conectivas), pensamento lógico-interpretativo (uso eficiente de estratégias analíticas e retóricas) e cidadania planetária (consciência ecológico-histórica).

Na primeira etapa do BI (Figura 1), a formação ético-político-humanística é predominante, podemos mesmo dizer hipertrofiada. Nessa fase inicial, dois grandes eixos são propostos: o de formação cultural com três blocos de componentes obrigatórios em qualquer ordem de cumprimento: língua portuguesa, linguagem matemática e “experiências do sensível”, um componente curricular (CC) afiliador tanto para docentes quanto estudantes. Este último subeixo trata de questões essenciais para o entendimento da posição da pessoa no seu entorno local, regional e no mundo. No outro eixo, que denominamos vocacional, o estudante é convidado a escolher entre um e quatro componentes curriculares (CCs) que apresentarão uma visão panorâmica de cada uma das quatro grandes áreas do BI.

Nessa fase, os discentes podem e devem explorar, refletir e planejar o seguimento de sua vida pessoal-profissional, a partir de problemas atuais, trabalhos de campo e técnicas de orientação de carreira. Busca-se também, oferecer uma visão panorâmica das diversas áreas básicas do conhecimento e das profissões, auxiliando o estudante a decidir se e como quer prosseguir em estudos posteriores. Entende-se que atividades com esses propósitos cumprem um papel fundamental no sucesso da experiência universitária, tanto para o indivíduo quanto para a própria instituição. A depender de seu interesse e disponibilidade, o estudante pode ainda cumprir CCs optativos e de livre escolha, integralizando, ao longo de três quadrimestres, um conjunto de saberes e práticas que resultarão em um certificado de Curso Sequencial de Complementação de Estudos, de nível superior, porém sem constituir um diploma de graduação. (BRASIL, 1998)

FIGURA 1 – BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: PRIMEIRO ANO



102

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com este desenho curricular, o estudante pode optar por integralizar sua formação no BI exclusivamente na formação geral ou grande área. Assim, seu diploma indicará Bacharel em Artes ou Humanidades ou Ciências ou Saúde, com um mínimo de 2400h, tal como se dá nos BIs da UFBA.

Para os que desejam uma formação específica, mas não profissional, introduz-se, neste segundo ano, a possibilidade de escolher uma área de concentração (AC).

Trata-se de uma modalidade de especialização curricular capaz de conferir aos estudantes [...] o domínio de conhecimentos em aspectos concernentes ao campo [...], de caráter não-profissional, numa perspectiva inovadora de formação. Apesar de oferecer uma organização curricular com um claro horizonte de especialização, a AC não perde a dimensão interdisciplinar da matriz dos BI. Ela se integra ao conjunto de práticas pedagógicas em plena sintonia com os conteúdos dos BI de Ciência & Tecnologia, Saúde, Humanidades e Artes. (LIMA; COUTINHO, 2011)

A AC tem duas finalidades: agregar ao BI terminalidade própria ou servir como etapa de transição entre o BI e um curso de segundo ciclo,

profissionalizante. No caso do BI de Saúde (BI-S), prevemos inicialmente três ACs, conforme veremos a seguir. Seu Projeto Pedagógico assume compromisso explícito com o Sistema Único de Saúde, mantendo os módulos pertinentes às Práticas Integradas no SUS como componentes axiais do curso. Reafirma-se, desse modo, a decisão política de promover a formação de sujeitos comprometidos com os princípios e as diretrizes do SUS, voltados para o desenvolvimento de ações e projetos de promoção da saúde, em parceria com a comunidade e a partir de suas necessidades e demandas coletivas e, na medida do possível, também individuais.

Nesse sentido, alguns componentes promovem discussões sobre representações e práticas em saúde/enfermidade; Itinerários terapêuticos: cuidado, cura e assistência; Interface entre o processo saúde-enfermidade-cuidado e fenômenos sociais contemporâneos, como racismo, diversas formas de violência, relações de gênero e desigualdades/iniqüidades. Prioriza-se também o enfoque epidemiológico, visando analisar dados ou informações relativos à natureza de eventos patógenos ou patológicos e características de ocorrência da enfermidade em populações, bem como uma aproximação com geoprocessamento de informações.

Certo domínio relativo à compreensão do texto escrito em língua inglesa, na qual estão os mais importantes e influentes periódicos do campo, é exercitado através da permanente exposição em todos os quadrimestres, perfazendo seis CC de Inglês.

Sugere-se, no período, um equilíbrio entre o número de CCs de grande área (Saúde) e CCs da AC escolhida. Como o Projeto Institucional da UFSB atribui grande valor à autonomia do estudante, seu percurso formativo prevê inúmeras variações desse quadro cuja única finalidade é didática e ilustrativa. Não devemos esquecer que o estudante pode, por variados motivos, trancar um quadrimestre para dedicar-se, por exemplo, a uma atividade laboral sazonal; pode ainda, sob tutoria, programar uma série coordenada de CC (no mínimo seis) pertencentes a um ou mais cursos para compor um certificado de curso sequencial e não dirigir-se a nenhuma AC ou ainda, fazer a AC e obter a certificação dada por este curso sequencial acima referido.

A partir do segundo ano (Figura 2), o Projeto Pedagógico incorpora um terceiro eixo e, a partir do quinto quadrimestre, prosseguirá até o final de sua graduação com um componente de Prática Integrada no SUS (cinco CCs). O novo eixo, que denominamos Eixo de Formação Científica, possibilita ao estudante vivenciar, de modo focalizado, práticas e reflexões concernentes à pesquisa em saúde. Tal vivência não se destina apenas a preparar o futuro docente/pesquisador, mas objetiva qualificar a prática profissional em consonância e em diálogo com os problemas enfrentados

pelos gestores e demais profissionais da Saúde. A concomitância pesquisa-intervenção visa superar as dicotomias teoria x prática; reflexão x atuação. Na vertente da pesquisa/docência, equivale à superação do falso dilema epistemologia x metodologia.

O Eixo de Formação Científica, portanto, atua tendo como foco o desenvolvimento de competências instrumentais em experiências concretas no ambiente da investigação em Saúde. Por um lado, com o aprofundamento de ferramentas de diagnóstico e avaliação, presentes no CC Aplicações Matemáticas e Computacionais em Saúde, contando com o necessário suporte da demografia e da epidemiologia, por outro lado, em Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde, terá oportunidades para exercitar, a partir de problemas concretos no âmbito do SUS, toda a complexidade da intervenção qualificada para a promoção e recuperação da saúde de pessoas e de populações.

104

FIGURA 2 – BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: SEGUNDO ANO

Quadrimestre IV	Quadrimestre V	Quadrimestre VI
Eixo Formação Cultural	(Ético-Político-Humanístico)	
Módulo Livre de Formação Geral (qualquer CC de Artes, Humanidades ou Ciências)	Língua Estrangeira Moderna: Inglês III	Língua Estrangeira Moderna: Inglês IV
Eixo Prático-Cognitivo		
CC Livre Grande Área Saúde	CC Livre Grande Área Saúde	CC Livre Grande Área Saúde
CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração
CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração
	Práticas Integradas de Saúde na Comunidade (ACC-Saúde)*	
Eixo de Formação Científica	Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	
Aplicações Matemáticas e Computacionais em Saúde		
CC Obrigatório CC Optativo	CC Livre	

* ACC: Atividade Curricular em Comunidade

Fonte: Elaborado dos autores.

Também a partir dessa etapa, que compreende três quadrimestres (um ano letivo), o estudante assume o protagonismo de várias escolhas. Deve, assim, cursar quatro CCs de um leque de possibilidades de CCs optativos referentes ao curso profissional específico que deseja acessar no segundo ciclo ou finalizar com um amplo leque de experiências formativas,

concluindo e integralizando o Bacharelado Interdisciplinar na Grande Área da Saúde.

A seguir, detalharemos o terceiro e último ano do BI-S, ao cabo do qual o estudante poderá sair para o mundo do trabalho ou seguir para o curso profissionalizante desejado. Poderá ainda, a depender de sua trajetória no BI, pleitear uma Licenciatura Interdisciplinar, caso dirija os CCs de livre escolha e optativos de modo a cumprir os requisitos necessários à formação de professor.

FIGURA 3 – BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: TERCEIRO ANO

Quadrimestre VII	Quadrimestre VIII	Quadrimestre IX
Eixo Formação Cultural	(Ético-Político-Humanístico)	
Módulo Livre de Formação Geral (qualquer CC de Artes, Humanidades ou Ciências)	Língua Estrangeira Moderna: Inglês V	Língua Estrangeira Moderna: Inglês VI
Eixo Prático-Cognitivo		
CC Livre Grande Área Saúde	CC Livre Grande Área Saúde	CC Optativo Área de Concentração
CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração
CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração	CC Optativo Área de Concentração
Práticas Integradas no Sistema Único de Saúde (ACI-SUS)*		
Eixo de Formação Científica	Oficinas de Cuidados em Saúde Orientados por Evidências	
Prática de Iniciação Científica em Saúde		
CC Obrigatório	CC Optativo	CC Livre

* ACI: Atividade Curricular em Instituição

Fonte: Elaborado pelos autores.

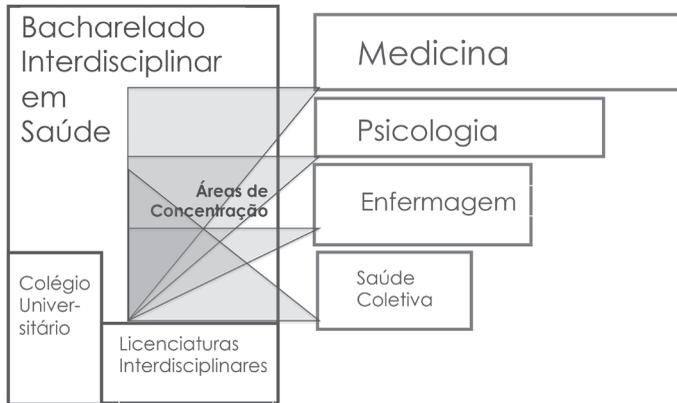
No Centro de Formação em Saúde da UFSB, as formações profissionais específicas serão articuladas inicialmente às seguintes áreas de concentração do BI-S:

- Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado
- Estudos em Saúde Coletiva
- Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano

A primeira é preferencial, mas não exclusiva, para progressão ao Curso de Graduação em Medicina, mas pode servir também para os demais cursos, pois a mobilidade interna é um dos dispositivos para a autonomia a

ser desenvolvida e conquistada pelo estudante da UFSB. A segunda é preferencial para progressão ao curso de Saúde Coletiva. E a terceira dirige-se preferencialmente à progressão ao curso de Psicologia.

FIGURA 4 – FORMAÇÃO EM SAÚDE: PROGRESSÃO PARA O SEGUNDO CICLO



106

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os três anos do BI em Saúde, como já foi dito, constituem pré-requisito para a entrada do estudante nos cursos de segundo ciclo da área da saúde, através do coeficiente geral de rendimento. Para a progressão, o estudante deve ter sido aprovado obrigatoriamente em todos os CC Optativos de Grande Área e em pelo menos seis CC da AC, sendo que o coeficiente de rendimento destes componentes terá peso maior que os demais para a passagem. Na composição do coeficiente de rendimento como critério de seleção, os CC de Inglês e de Informática aplicada à saúde também serão computados. Para avaliação de competências sociais, interpessoais e éticas nas atividades práticas, o estudante terá nota das equipes de aprendizagem das quais tenha participado ao longo do BI-S, como resultado avaliativo de seu desempenho no trabalho coletivo do grupo, sobretudo no último quadrimestre do BI-S.

FORMAÇÃO EM SAÚDE NA UFSB: SEGUNDO CICLO

Podemos exemplificar aqui o segundo ciclo apresentando a formação profissional em Medicina, cursada após os três anos do BI-S com AC em Saúde-Enfermidade-Cuidado, conforme esquema na Figura 5.

FIGURA 5 – ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO MÉDICO EM REGIME DE CICLOS

	ANO I		ANO II			ANO III			ANO IV		
	Componentes Livres		CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	
<p>BI EM SAÚDE</p> <p>Áreas de Concentração:</p> <p>Estudos sobre Saúde-Doença-Cuidado</p> <p>Estudos em Saúde Coletiva</p>	<p>PROBLEMAS DE SAÚDE NA EMBRIO- GÊNESE E GESTAÇÃO</p>	<p>PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA</p>	<p>DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO</p>	<p>DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA</p>	<p>PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO</p>	<p>PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA</p>	<p>TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO</p>	<p>TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA</p>	<p>CONHECIMENTOS BÁSICOS NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS</p>	<p>TERAPÊUTICAS INTERVENCIÓNISTAS E IATROGENIAS</p>	
			<p>PROPEDEÚTICA CLÍNICA GERAL</p>	<p>DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</p>	<p>DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE</p>	<p>PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</p>	<p>PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE</p>	<p>TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE</p>	<p>TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE</p>	<p>PRÁTICAS INTEGRADAS EM ALTA COMPLEXIDADE (340 hs)</p>	
	<p>PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</p>	<p>PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE</p>	<p>PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE (1020 hs)</p>								
	<p>ATIVIDADE PRÁTICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (1360 hs)</p>										
	<p>OFICINAS DE CUIDADOS EM SAÚDE ORIENTADOS POR EVIDÊNCIAS (340 H)</p>										
<p>EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO (272 hs)</p>											
<p>ATIVIDADES COMPLEMENTARES (280H)</p>											

Fonte: Elaborado dos autores.

No primeiro ano, o estudante cursará CCs que discutem de modo aprofundado questões propedêuticas dos sistemas e órgãos do corpo humano, sem negligenciar de que se trata de um ser humano atravessado pela linguagem, o que o torna singular e único, dotado de subjetividade, isto é, desejos próprios e compartilhados, temores, esperanças, contradições e toda a complexa gama de atributos humanos. No primeiro quadrimestre do curso médico, será cursado o CC Elementos de Propedêutica Geral, para uma visão geral da propedêutica clínica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e obstétrica, como um todo, enfatizando-se a complexidade do atendimento à saúde, em que não deve ser visto apenas um aspecto ou uma doença, mas sim o sujeito que sofre, a família e seu contexto. No segundo e terceiro quadrimestres, os módulos propedêuticos serão divididos nas quatro fases da vida humana (gestação, infância e adolescência, idade adulta e velhice).

Nos quadrimestres seguintes, apresentam-se os diversos métodos diagnósticos e seu custo-efetividade nos âmbitos individual, comunitário e populacional dos problemas, nos respectivos ciclos de vida. Ocorre, nessa etapa, apropriação de conhecimentos básicos que todo profissional médico deve saber, bem como o treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde de cada área, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável.

Além disso, promover-se-á análise crítica e treinamento prático em procedimentos cirúrgicos básicos, tais como sutura, acesso venoso periférico e tratamento de feridas complexas. Abordagem das questões relacionadas ao tratamento cirúrgico das patologias mais prevalentes, suas vantagens, limitações e complicações propiciará uma visão ampliada da intervenção médico-cirúrgica, formando um profissional responsável e comprometido com seu paciente, para além do sintoma ou enfermidade.

108

Em todos os quadrimestres, desde o início do segundo ciclo, o estudante fará parte de Equipes de Aprendizagem Ativa (EAA), eminentemente voltadas para a prática nos Programas de Saúde da Família, sob supervisão dos Residentes/Mestrandos Profissionais. Nos últimos quadrimestres do curso médico, o estudante terá atividades práticas nos ambientes de média e alta complexidade, mantendo componentes do eixo ético-político-humanístico e as Oficinas de Medicina Baseada em Evidências (MBE), sendo responsável pela coordenação das atividades da sua respectiva EAA. Suas responsabilidades envolvem desde o diagnóstico, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a promoção da saúde dos sujeitos e das comunidades em que atuam.

No eixo prático, estudantes do sétimo e oitavo quadrimestres continuarão como membros das suas respectivas equipes de aprendizagem, mantendo suas atividades no PSF (Práticas Integradas em Saúde da Família VII e VIII), com enfoque na prática em Saúde Coletiva, nas Práticas Integradas em Média Complexidade V e VI, e no Atendimento em Urgência e Emergência III e IV, nos serviços atendidos pela sua EAA.

Durante todo o curso, cumprindo sua formação no Eixo Técnico-Científico, o estudante frequentará Oficinas de Medicina Baseada em Evidências (MBE), nas quais será estimulado a realizar análises críticas de artigos científicos, e discutir de forma aprofundada, com seus docentes, sobre a abrangência de novas publicações e sua aplicabilidade naquela comunidade e no cotidiano da prática médica.

INTER-TRANSDISCIPLINARIDADE COMO BASE DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Conforme exposto, na UFSB, a interdisciplinaridade constitui princípio estratégico para a formação do trabalhador de saúde em geral e do profissional médico em particular, articulando diferentes Eixos, Blocos de Saberes e CCs em produções coletivas sobre um determinado tema. A interdisciplinaridade se materializa no currículo do BI-S, inicialmente, pela organização do curso em Eixos Integrativos ao invés da tradicional divisão

do conhecimento em campos disciplinares fragmentados. Como fator de organização curricular, a articulação entre módulos e blocos de saberes e práticas fortalece a possibilidade de integração do educando do BI-S com áreas, cursos, e linhas de pesquisa e extensão da UFSB.

A interdisciplinaridade, definidora dessa modalidade de bacharelado, será promovida diretamente por indução de CC optativos ou, de modo difuso, em sua estrutura curricular aberta e nas práticas pedagógicas orientadas pela autonomia e diversidade de perspectivas. (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2011) A perspectiva inter-transdisciplinar, tal como pensada na proposta político-pedagógica da UFSB, vem sendo realizada de várias maneiras:

- A. nos eixos de ensino-aprendizagem dos BIs – programas pedagógicos montados como panorama de campos e conjunturas por equipes diversificadas de docentes que contribuem com sua expertise em pontos do programa e com a discussão em torno dos pontos polêmicos (e, por isso mesmo, interessantes).
- B. nas linguagens aplicadas – como revisão profunda das pautas curriculares de ensino-aprendizagem de competências metadisciplinares ou metapráticas como são as linguagens. Por exemplo, num CC de “Matemática e Cotidiano”, apresentado a partir de suas raízes (história), de sua fundamentação (filosofia, lógica), de suas aplicações (engenharia), de sua semiologia (computação), de seu valor científico (epistemologia).
- C. em programas de “Aprendizagem Baseada em Projetos” – como interdisciplinas montadas a partir de casos de projetos de intervenção ou de produção de conhecimento sobre contextos e objetos.
- D. na “Aprendizagem Baseada em Problemas Concretos”, cujos problemas abordados, por serem concretos, são complexos e, portanto, demandam miradas múltiplas. Exemplo: a situação de saúde em um determinado distrito é problematizada por uma equipe docente interdisciplinar (docentes dos campos da Sociologia, Medicina, Psicologia etc.) para a prática pedagógica do CC “Práticas Integradas no SUS”.

Para a montagem da estrutura curricular aberta, organizando os componentes representativos da inter-transdisciplinaridade, aproveitamos os parâmetros de um programa federal de fomento à educação superior em saúde, o Pró-Saúde (Brasil, 2007), que envolve uma bem elaborada definição de eixos de formação compostos por módulos de conteúdos e competências:

- Ético-Político-Humanístico: módulos de aprendizado de conteúdos relacionados a desenvolvimento pessoal, profissional e social do trabalhador em saúde.
- Técnico-Científico: módulos de aprendizado de metodologia, pesquisa bibliográfica, interpretação de trabalhos científicos etc.
- Prático-Cognitivo: módulos de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades; conteúdos teóricos a partir de demandas das vivências práticas.

110

O modelo curricular proposto baseia-se em metodologias pedagógicas ativas, visando a uma prática de cuidados em saúde humanizada e resolutive, capaz de prestar atenção integral e com plena capacidade técnica, focada na ética, na atualização tecnológica e científica e em conceitos ampliados de vocação e cidadania. Este modelo de formação incorpora componentes profissionalizantes específicos, reafirmando e reforçando valores e competências gerais trabalhados no primeiro ciclo, em perspectiva inter-transdisciplinar. Dessa maneira, acolhe e amplia o conjunto de competências contempladas nas Diretrizes Curriculares para cursos de graduação na área de saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. (BRASIL, 2001)

A interdisciplinaridade do BI, como vimos, define-se diretamente pela exposição induzida ao que chamamos de culturas da contemporaneidade: cultura humanística, cultura artística e cultura científica. (SNOW, 1995) O estudante do BI de Artes escolherá, segundo seu gosto e interesses, dois CCs em Ciências e dois em Humanidades; se cursa o BI de Humanidades escolherá dois CC em Artes e dois em Ciências. O estudante do BI de Ciências ou de Saúde devem incorporar dois CC em Artes e dois em Humanidades. Nos termos do Pró-Saúde, consideramos que a cultura científica faz parte do eixo de formação técnico-científica do BI em Saúde.

No que se refere à inter-transdisciplinaridade no segundo ciclo, durante toda a duração dessa etapa do curso, quatro CC optativos e quatro livres serão cursados pelo estudante de Medicina, induzindo-o a interagir com os demais colegas e CC dos cursos da Saúde, como Saúde Coletiva e Psicologia. O estudante também realizará atividades complementares, participando de atividades de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios, entre outras. Além disso, cursará pelo menos quatro CCs do Eixo Ético-Político-Humanístico durante o segundo ciclo, um em cada quadrimestre. Dentre esses, encontram-se CC optativos ofertados pelo BI, caso ainda não tenham sido cursados no primeiro ciclo.

COMENTÁRIOS FINAIS

O novo modelo de formação aqui apresentado pretende colocar em prática um sistema pedagógico com base em métodos e atitudes e não em conteúdos, fundado mais em valores e competências e menos em tecnologias e protocolos, com vistas a habilitar tanto o docente quanto o estudante na busca de soluções, capacitando-os a continuar aprendendo durante e por intermédio de sua prática. Com esse objetivo, compreende um ciclo inicial de formação geral para todos os estudantes da universidade, colocando-os num processo comum de aprendizagem, oferecendo uma visão inter-transdisciplinar do mundo, da sociedade e do sujeito humano, a partir do ambiente universitário.

Esse regime curricular fomenta, num primeiro momento, a reflexão sobre questões científicas, artísticas, políticas, psicológicas e sociais amplas, buscando ampliar, valorizar e sistematizar sua compreensão sobre o papel que desempenha, ou pode desempenhar, na sociedade contemporânea e sua participação como cidadão. O benefício imediato, na perspectiva de um futuro curso profissional, é o ingresso de sujeitos mais maduros, cômicos de sua vocação e de sua posição social, capazes de analisar criticamente suas decisões, porque terão exercitado uma visão humanística, política e social da sua própria prática, no contexto de diversas outras formas de compreender e atuar no mundo.

Tal modelo curricular destina-se a formar um novo perfil estudante-profissional, capaz de aprender continuamente, analisar criticamente e compreender limites e impactos do conhecimento científico e suas tecnologias, hábil tecnicamente, sem prescindir dos requisitos humanísticos, éticos e solidários para o trabalho e a vida em sociedade. Ao compreender e aplicar, durante a formação universitária, conhecimentos sobre como as questões socioculturais interagem com o campo da saúde, o estudante terá uma prática social mais rica e efetiva, enxergando a comunidade como detentora de conhecimentos importantes para viabilizar mudanças sustentáveis em suas próprias condições de vida. Isso poderá significar um estudante e um profissional menos autossuficiente, porque não será treinado a se pensar num nível hierárquico superior aos demais colegas da Universidade ou às pessoas do seu contexto. Tal postura, historicamente reforçada há séculos, com a denominação de “profissões imperiais” atribuída ao Direito, à Medicina e às Engenharias, se perpetua nos cursos tradicionais, compondo um estereótipo social do médico como ser superior ao qual todos devem submissão e obediência.

A forma apresentada pela UFSB de pensar a formação superior em Saúde demanda um novo formato de graduação profissional, capaz de

responder de modo efetivo e sustentado às demandas sociais, e também às necessidades individuais e coletivas da população. Tal projeto, efetivamente político e pedagógico, tem permitido à universidade superar modos antigos de ensino, baseados na fragmentação do conhecimento, na especialização precoce, na supervalorização da tecnologia e na perspectiva disciplinar, realizando, enfim, um modelo de aprendizagem orientado para a promoção da saúde, de fato baseado na inter-transdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

112

ALMEIDA FILHO, N. de. Multi-Pluri/Meta-Inter/Transdisciplinaridade: novas estratégias ou velhos impasses do paradigma da complexidade? In: BASTOS, A.V. B.; ROCHA, N. M. D. (Org.). *Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos de saber*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2013.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 5-20, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. de. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 4 June 2011.

ALMEIDA FILHO, N. de; COUTINHO, D. Nova arquitetura curricular na universidade brasileira. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 4-5, jan. 2011. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n1/a02v63n1.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

ALMEIDA FILHO, N. de; COUTINHO, D. Inter-transdisciplinaridade na educação superior no Brasil. In: GAMBI, T.; COSENTINO, D. do V.; GAYDECZKA, B. (Org.). *O desafio da interdisciplinaridade: reflexões sobre a experiência do Bacharelado Interdisciplinar em Ciência e Economia da UNIFAL-MG*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013. p. 21-32.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Parâmetros curriculares nacionais do ensino médio*. 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/blegais.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília, 2007.

BRASIL. Parecer CNE/CES no 266/2011. Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares das Universidades Federais. *Diário Oficial União*, Brasília, DF, 14 out. 2011. Seção 1, p. 16.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Retificação do Parecer CES 672/98*, tratando de cursos seqüenciais no Ensino Superior e projeto de resolução que dispõe sobre os cursos seqüenciais de educação superior, nos termos do art. 44 da Lei 9.394/96. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1998/pces968_98.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 287/98*. Brasília, 1998a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Câmara de regulação do trabalho em saúde*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 73-77, out./dez. 2001.

COSTA, N. M. da S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022007000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 dez. 2013.

COUTINHO, D.; SANTOS, E. C. da M. Epistemologias não-cartesianas na interface artes-humanidades. *Repertório: Teatro & Dança*, Salvador, v. 14, p. 65-73, 2010.

DÍAZ, E. (Ed.). *La posciencia: el conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*. Buenos Aires: Biblos, 2000.

LIMA, M.; COUTINHO, D. Projeto pedagógico da área de concentração em estudos da subjetividade e do comportamento humano (AC-ESCH). Salvador: Instituto de Psicologia/UFBA, 2011.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)>. Acesso em: 9 dez. 2013.

SNOW, C. P. *As duas culturas e uma segunda leitura*. Tradução de Geraldo Gerson de Souza e Renato Rezende. São Paulo: EDUSP, 1995.

SANTOS, B. de S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008.

114

SANTOS, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

TEMPORÃO, J. G. *Educação na saúde e saúde na educação*. [S.l.], 31 ago. 2012. Blogs. Disponível em: <<http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/educacao-na-saude-e-saude-na-educacao-por-temporao>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

PARTE 2

**O BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR COMO
ESPAÇO DE PESQUISA**



CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DOENÇA DE ALUNOS DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO

VANESSA PRADO DOS SANTOS

DANIELE MACHADO PEREIRA ROCHA

INTRODUÇÃO

A autopercepção e as práticas relacionadas à saúde ligadas ao gênero masculino são pouco estudadas, sendo a maioria das publicações, sobre esse tema, relativa ao gênero feminino. Paschoalick, Lacerda e Centa (2006) explicam que muitas pesquisas foram influenciadas pelo movimento feminista, privilegiando o segmento das mulheres, quase que fazendo equivaler o termo gênero como sinônimo de feminino. Aquino (2006), por sua vez, comenta que a revolução feminista modificou o cenário científico mundial, fazendo surgir uma crescente produção de temas relacionados à mulher. Assim, o movimento feminista fortaleceu as discussões referentes à saúde da mulher, à instituição de políticas públicas, leis e à busca por direitos iguais.

Os primeiros estudos sobre a saúde do homem surgiram na década de 1970, nos Estados Unidos. (SCHWARZ, 2012) Somente no século XXI os estudos sobre a saúde do homem foram melhor elaborados, incluindo os fatores subjetivos e sociais ligados a esse gênero – à masculinidade e ao medo de descobrir doenças –, que podem afetar diretamente a saúde dos homens. Grande parte desses estudos aponta para uma morbimortalidade maior entre os homens, e as principais causas disso são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas e das neoplasias. (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2012) Vários estudos comparativos entre os gêneros têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006) No Brasil, a violência é a terceira causa de mortalidade geral, sendo que os homens têm um risco cerca de dez vezes maior de morrer por homicídio que as mulheres, sabendo-se que o grupo dos homens jovens, negros e com baixa escolaridade possui uma vulnerabilidade ainda maior. (REICHENHEIM et al., 2011) As mortes no trânsito também atingem mais os homens. Em 2007, elas corresponderam a mais de 80% dos óbitos, sendo que as ocorrências associadas ao abuso de álcool envolvem mais frequentemente os homens, jovens e solteiros. (REICHENHEIM et al., 2011) Se desconsiderarmos isso, estaremos aumentando mais ainda a vulnerabilidade dos homens.

Existe uma baixa procura das pessoas do gênero masculino por serviços de saúde, o que pode nos levar a presumir que, em sua autopercepção com relação à saúde, o homem se sinta saudável. Porém, a transmissão de modelos de masculinidade estereotipados pode influenciar na construção da identidade masculina e no cuidado com a sua saúde. (GOMES, 2010) Para discutir esse tema, é necessário retomar as definições dos termos gênero, masculinidade e saúde, buscando problematizar o modelo de masculinidade vigente e as suas prováveis implicações na saúde do homem.

Segundo Schwarz (2012), o principal motivo pelo qual os homens morrem mais do que as mulheres relaciona-se com os modelos de masculinidade enraizados culturalmente nesse segmento da população. O comportamento dos homens reflete a atitude de força, poder e virilidade, que eles adotam em seu dia a dia para se diferenciar do gênero feminino. (FIGUEIREDO, 2005) Para compreender a diferença entre os gêneros e o comportamento adotado pelos homens, é necessário conhecer a cultura em que eles estão inseridos. Um estudo realizado com professores de escolas municipais de Vitória da Conquista/BA demonstrou que os professores do sexo masculino são minoria, sendo responsáveis pelo ensino em turmas mais avançadas, lecionando mais frequentemente em

mais de uma escola e tendo maior média de número de turmas que as mulheres. Sobre as questões de saúde, a mesma pesquisa mostrou que os homens têm menos queixas de sintomas, pois a maioria dos sintomas foi mais prevalente entre as mulheres, que referiram maior adoecimento. (ARAÚJO et al., 2006)

É difícil definir o termo gênero, mas alguns autores conceituam gênero como as formas como somos socializados, nossos comportamentos e modos de agir, nossas características sociais em sermos homens e mulheres, e como esses modelos, geralmente estereotipados, são pensados. (PROMUNDO et al., 2008) Já estereótipo, segundo Pereira (2010), diz respeito a um conjunto de características e atitudes que são ativados automaticamente, e que geram expectativas a respeito de um determinado grupo ou pessoa. O gênero e o estereótipo concedem significado à ideia de masculinidade, que Gomes (2010) define como um conjunto de características, valores e condutas que se espera que um homem tenha, em uma determinada cultura. Todos esses conceitos permeiam as relações existentes entre o gênero masculino e a saúde, pois pretendem explicar o modo de pensar que atravessa o imaginário coletivo sobre o tema.

119

A partir dos conceitos acima, percebemos como está naturalizado, em nossa sociedade, o papel do homem e da mulher, sendo enraizada a posição da mulher como sensível, protetora dos filhos e da casa, e a do homem como responsável pelo sustento da família e insensível, ou seja, a do homem como “macho provedor”. (PEDRO; GUEDES, 2010) A visão de invulnerabilidade masculina, presente em nossa cultura, cultiva nos homens o pensamento de que nada de ruim irá lhes acontecer, tornando-os, assim, altamente vulneráveis. (SILVA et al., 2012)

Ter como objeto de estudo o gênero masculino pode ser interpretado como de cunho machista e/ou sexista. Os homens historicamente ocuparam, e continuam ocupando, os espaços de poder, sendo que pesquisas revelam que eles ganham maiores salários que as mulheres, em todas as faixas etárias e níveis de instrução. (OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, 2009) O poder financeiro, no sistema capitalista, reflete-se no imaginário coletivo como uma condição de invulnerabilidade e força, condições comumente relacionadas à situação de saúde. No entanto, esse poder financeiro não reflete, necessariamente, uma saúde física e psicológica, e essa imagem de virilidade e força pode representar apenas mais um estereótipo que o homem mantém em nome da sua “masculinidade”. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem apresentado políticas de atenção à saúde do homem, mas tem tido dificuldades de obter adesão da população masculina, havendo uma baixa procura deste grupo pelos serviços de atenção à saúde.

A associação entre a masculinidade e o estereótipo de força e resistência é demonstrada desde a antiguidade em diversas culturas, onde persistem os chamados ritos de iniciação masculina que, segundo Rangel (1999), são um conjunto de provações físicas e emocionais, fixação de conhecimento, valores e crenças que, em sua grande maioria, se caracterizam pelo dor e pelo medo. Numa das tribos da Amazônia, os Satere-Mawés, os jovens são obrigados a colocar as mãos em luvas contendo formigas-bala (*Paraponera clavata*), conhecidas pelo seu tamanho e sua dolorosa mordida, por diversas vezes, para provar sua masculinidade. (RANGEL, 1999)

Com o passar dos anos, alguns ritos se modificaram, mas, ainda na contemporaneidade, percebe-se que a construção da identidade masculina é perpassada por um ideal estereotipado, levando os homens a buscarem um percurso diferente das mulheres, que seriam historicamente mais fracas e vulneráveis. Em situações de dor e/ou doença, é esperado socialmente do homem que ele nunca se lamurie, como é culturalmente permitido às mulheres, seguindo o senso popular de que “homem não chora”. Segundo Boris, Bloc e Teófilo (2012), o homem é vulnerável, mas deve ser capaz de enfrentar o medo, livrando-se da humilhação em ser chamado de perdedor e/ou de fracassado.

Seguindo a linha de fortes, logo saudáveis, os homens acreditam que não há necessidade de procurar os serviços de saúde. Podemos reconhecer aí um dos possíveis motivos dessa baixa procura dos homens, pois se a dor deve ser superada sem queixas ou lágrimas, características essas notadamente “femininas”, os homens tendem a se afastar dos serviços de atenção à saúde, buscando-os somente em quadros de maior gravidade.

Figueiredo (2005) e Pinheiro e colaboradores (2002) relatam que, a despeito da maior vulnerabilidade, das altas taxas de morbimortalidade e da menor expectativa de vida, os homens não buscam os serviços de atenção primária, como fazem as mulheres. Dados brasileiros (BRASIL, 2009) mostram que os homens adentram os sistemas de saúde predominantemente através dos níveis de atenção de média e alta complexidade, o que leva a um agravo da morbidade, pelo retardamento da atenção, e maior custo para o sistema de saúde, visto que não há, nesses casos, a oportunidade de prestação de serviços de prevenção e promoção através dos níveis de atenção primária à saúde.

Além dos aspectos já abordados, ligados ao gênero, à masculinidade e aos estereótipos, para discutir acerca da procura dos homens pelos serviços de saúde, precisaríamos também discorrer sobre o que é saúde para eles. Segundo Segre e Ferraz (1997), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”. Com ressalvas à

dimensão de completude, esse é o conceito mais utilizado pelos diversos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que nosso grupo de pesquisa vem estudando, a cada ano. No entanto, cabe aqui discutir o que os estudantes do gênero masculino entendem por saúde, e se estas concepções poderiam ter relação com a busca pela atenção e pelo cuidado.

O objetivo deste estudo é conhecer, portanto, a autopercepção e as práticas relacionadas à saúde de estudantes do gênero masculino, que ingressaram em um curso interdisciplinar, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, a fim de discutir a influência dos ideais e estereótipos das relações de gênero em suas atitudes ligadas à saúde.

METODOLOGIA

121

O presente estudo faz parte de uma pesquisa que estuda as concepções e práticas de saúde e doença entre os alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Nesta fase da pesquisa, foi aplicado um questionário a um total de 32 estudantes egressos do referido curso, formados ao final de 2011, sendo focalizadas aqui as respostas dos 12 estudantes do gênero masculino. O questionário continha perguntas acerca da autopercepção e práticas de saúde/doença, que foram respondidas de forma livre e aberta, sem a identificação do estudante. As perguntas feitas aos estudantes foram: Você se sente saudável? Por quê? Você se sente doente? Por quê? Que providências você toma quando está doente? Que providências você toma para evitar ficar doente?

Os questionários foram digitalizados e analisados pelos três pesquisadores. As respostas foram analisadas de forma qualitativa, por haver um número reduzido de participantes e principalmente para explorar os aspectos da subjetividade dos mesmos. (MINAYO; SANCHES, 1993) O método da análise de conteúdo também foi utilizado. Com a análise de conteúdo, foi possível estudar de forma criativa as respostas dos entrevistados, embasando-as com as teorias norteadoras. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e os estudantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os questionários dos estudantes entrevistados, percebeu-se um ponto de saturação, pois as respostas às perguntas se repetiam entre

os doze alunos, havendo entre eles um discurso semelhante. Selecionamos aqui algumas dessas respostas, que foram sintetizadas, seguindo a ordem das perguntas presentes na metodologia. Analisando as respostas relativas à autopercepção dos estudantes quanto ao seu estado de saúde/doença, obtivemos respostas que, em sua maioria, confirmavam que os alunos se sentem saudáveis. No entanto, alguns alunos deram respostas diferentes, alegando fatores de diversas ordens, dentre as quais a efemeridade do estado de saúde, como exemplificamos abaixo:

Às vezes, sinto-me saudável, às vezes não. A saúde é um estado transitório que depende de múltiplos fatores.

122

Não. Aspectos da minha saúde física e mental me impedem de viver em bem-estar, além de condições sociais que dificultem minha qualidade de vida.

Não totalmente porque as questões econômicas, sociais, políticas não me permite ter uma saúde plena no padrão OMS.

Não. Aspectos da minha saúde física e mental me impedem de viver em bem-estar, além de condições sociais que dificultem minha qualidade de vida. (Resposta de estudante ao questionário).

Observa-se que muitos desses estudantes do gênero masculino reconhecem a complexidade do objeto saúde e sua interface com questões político-econômicas, sociais, psicológicas e afetivas. A dualidade corpo e mente, representada pela distinção entre a saúde física e a psicológica, pode ser vista no discurso dos estudantes. Percebe-se que a ideia construída no iluminismo, que tinha o corpo como um ente físico delimitado sob a pele e a mente como algo além (CAVALCANTI, 2005), demonstra a complexidade dessa questão face à integralidade do indivíduo e da atenção em saúde.

Analisando as respostas relativas às providências tomadas pelos estudantes ao adoecerem, alguns referem a busca por atenção médica em situações específicas, como exemplificamos a seguir:

Descanso. Se não melhorar, procuro médico.

Vou ao médico ou me trato em casa. (Resposta de estudante ao questionário).

Observou-se também que, em sua maioria, os estudantes só procuram ajuda médica quando estão doentes, à exceção de um estudante que,

mesmo sentindo-se assim, não recorre aos serviços de saúde, não fazendo também referência à procura por serviços de prevenção e promoção da saúde em unidades de atendimento. Essas respostas não permitem uma generalização, já que dizem respeito apenas a um determinado segmento da população. Helman (2009) cita em seu artigo a existência de diferentes setores de cuidado à saúde, tais como o informal, popular e profissional. As respostas apresentadas aqui pelos estudantes pertencem a um grupo de pessoas que, embora possuam já a escolaridade superior, ainda não adquiriram uma formação profissional.

É constatado também pelo Ministério da Saúde, na sua política de atenção à saúde do homem, que os mesmos só procuram os serviços de saúde quando sentem dor, sendo assim mais vulneráveis às doenças, só adentrando os serviços de alta complexidade, aumentando assim suas taxas de morbimortalidade. (BRASIL, 2009) Pode haver uma associação entre a busca por atenção médica e uma “gravidade” da doença ou falha nos hábitos adquiridos através do senso comum.

Quando se buscou respostas relativas à adoção de medidas para evitar a doença, ou seja, medidas de prevenção, percebeu-se que os estudantes se referem à alimentação saudável e práticas de atividades físicas, ligadas ao estilo de vida. Na teoria, o conceito de promoção e prevenção, frequentemente imbricados pelos estudantes, têm significados distintos. Ferreira (1986) conceitua promover como o ato de impulsionar, originar e gerar. Nesse caso, trata-se de gerar medidas de promoção da saúde para o bem-estar, não se limitando a doenças, originando mudanças nas condições de vida e trabalho. (TERRIS, 1990) Prevenir, por sua vez, seria o ato de preparar, impedir que se realize. (FERREIRA, 1986) Nesse caso, a prevenção da doença seria a ação antecipada contra a mesma. (LEAVELL; CLARCK, 1976) Uma das medidas preventivas mais divulgadas no Brasil é a imunização através de vacinas, veiculadas por inúmeras campanhas, mas que não foi citada por nenhum dos jovens. As respostas dos estudantes mostram que eles pensam em medidas de promoção quando escrevem sobre a prevenção de doenças, como pode ser visto abaixo.

Me alimento bem e procuro cuidar das questões que estão à minha volta (sociais, econômicas, etc.) para que isso não interfira na minha saúde; Procuro manter hábitos saudáveis e promover a minha saúde. (Resposta de estudante ao questionário).

Essa configuração do perfil masculino influencia na dificuldade dos serviços de atenção primária em acionar as práticas de promoção e prevenção da saúde com os homens. Com isso, a demanda do serviço preventivo é

baixa e a procura maior está em práticas curativas de doenças. (MACHIN et al., 2011) A falta de conhecimento de seus direitos e desconforto em procurar os serviços de saúde também é um fator importante para o agravado, já que as unidades muitas vezes estão organizadas para o atendimento de mulheres e crianças, os homens retardam essa consulta e só a fazem em casos não mais remediáveis. Outro aspecto é que a ampla maioria das unidades básicas de saúde funciona nos períodos matutino e vespertino, turnos em que os homens geralmente se encontram em atividade laborativa, não havendo atendimento agendado para o período noturno, restando apenas a opção dos serviços de emergência, que são utilizados em situações extremas.

124

Os homens se consideram os responsáveis pelo sustento do lar e, por isso, não procuram o serviço médico, a não ser em casos de desconfortos persistentes ou sintomas que considerem graves, para não terem que faltar um dia de trabalho. (FIGUEIREDO, 2005) Muitas vezes esses homens são levados ao serviço médico por suas mães ou esposas, sendo que as mesmas descrevem os sintomas ao médico, uma vez que eles consideram estar naquele ambiente apenas por insistência da companheira, e não por um caso de necessidade.

A estratégia da Política de Atenção à Saúde do Homem foi criada em 2007 pelo Ministério da Saúde, alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, e integrante do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, também de 2007, cujo objetivo geral é ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde e reduzir suas taxas de morbimortalidade. O objetivo específico dessa política de atenção, segundo o Ministério da Saúde, é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, bem como organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009)

Nesse panorama, percebe-se que, mesmo existindo uma política que visa a facilitação do acesso dos homens aos serviços de saúde, ainda há baixa procura desses usuários, devido não só aos estereótipos do imaginário social, que influenciam muitas vezes nas suas formas de pensar, mas também ao modo de como são transmitidas as informações acerca da política de atenção à saúde do homem, bem como a sua frequência na divulgação, pontos que precisam de uma maior visibilidade para esse segmento, no intuito de adotar práticas de saúde e cuidado. Nesse aspecto, Gomes (2010) cita em seu livro que um dos elementos mais importantes para manter-se saudável é a informação.

Para além de uma baixa procura dos homens aos serviços de atenção primária e a escassez de informação, existem outros fatores que precisam ser aperfeiçoados quando se trata de facilitação do acesso. Os homens reclamam, muitas vezes, do horário de funcionamento das unidades de saúde, que, devido à sua carga horária, não contempla o acesso dos mesmos, que geralmente possuem jornadas extensas, desencorajando e até impossibilitando esse acesso. (FERREIRA, 2013) Outro fator importante é a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, bem como uma melhor receptividade e acolhimento dos homens nas unidades de saúde, que, em sua grande maioria, é cercada por cartazes que representam as formas de cuidado do gênero feminino.

Em leituras de narrativas acerca dessa problemática, vê-se a repetição do discurso sobre a baixa procura dos homens, na maioria dos casos, por serviços de atenção primária, procurando a rede de alta complexidade. Nunes, Castellanos e Barros (2010) relatam, em um dos seus artigos, a experiência do Sr. Sebastião, que passava por crises internas, depressão, dentre outros sintomas físicos e psicológicos, e que não conversava com sua família a respeito disso, pois a visão que ele tinha a respeito de si era de um homem, pai, provedor, com uma vida árdua de trabalho, que tinha que se manter calado, sem comunicar o seu sofrimento. Essa história reflete o modelo do ideal masculino da nossa sociedade, que pode ter consequências na taxa de morbimortalidade dos homens e em sua expectativa de vida. (GOMES, 2010)

Analisando os outros questionamentos acerca das práticas adotadas para manutenção da boa saúde, os homens se referem à atividade física e alimentação adequada, mas também fazem menção à questão financeira e afetiva, demonstrando a complexidade do objeto saúde, conforme a OMS aponta. As respostas dos estudantes sobre as práticas de saúde-doença representam um sinal de mudança de pensamento, demonstrando uma preocupação com a própria saúde, mesmo com a baixa procura aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Diferenças entre os gêneros, em relação aos cuidados com a saúde, merecem ser melhor estudadas, pois envolvem múltiplos e profundos questionamentos e análises socioculturais. O homem ainda quer reafirmar sua masculinidade, muitas vezes negligenciando sua própria saúde. Já as mulheres, que são historicamente vistas como “sexo frágil”, cuidadoras e mães, estão mais presentes nos serviços de saúde.

Percebeu-se nas respostas desses estudantes, com o ensino superior interdisciplinar concluído, que visa uma reflexão acerca das identidades sociais, que ainda permanece uma visão estereotipada nas práticas de saúde adotadas. O discurso dos egressos está provavelmente atrelado a questões culturais ainda não profundamente modificadas na cultura da nossa sociedade e reproduzem o modelo masculino vigente.

O modo de inserção, a historicidade do gênero, os estereótipos e as formas de veiculação da informação para a saúde precisam ser revistas nas políticas de saúde voltadas para a população masculina, pois um dos pontos importantes para a manutenção da boa saúde é a qualidade da informação. Para além dessas questões, devemos atentar-nos para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, horário de funcionamento das unidades e receptividade, ponto importante para começarmos a mudar a realidade de saúde e, conseqüentemente, a expectativa de vida dos homens.

Desse modo, volta-se a reafirmar a necessidade de desconstrução dos estereótipos acerca do gênero masculino e a sua saúde, bem como as formas de transmissão das informações presentes na política de atenção à saúde desse segmento, e como estão sendo absorvidas por eles. Para que os homens possam entrar em contato com os profissionais de saúde, não de forma estigmatizada, mas de forma livre e aberta, a fim de mudar suas formas de cuidado, é preciso conscientizar-se de que cuidar da saúde não modificará sua identidade, mas, pelo contrário, a fortalecerá.

126

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 121-132, 2006.

Número especial.

ARAÚJO, T. M. de et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1117-1129, out./dez. 2006.

BORIS, G. D. J. B.; BLOC, L. G.; TEÓFILO, M. C. C. Os rituais da construção da subjetividade masculina. *O público e o privado*, [S.l.], n. 19, p. 17-32, jan./jun. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*: Plano de Ação Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAVALCANTI, D. R. M. O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, [S.l.], n. 9, p. 53-60, set. 2005.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#mort>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1833-1847, 2013.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

127

GOMES, R. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Ed. UNESP, 2010. (Saúde e cidadania).

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Tradução de Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEAVELL, H. R.; CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. Tradução de Maria Cecília Ferro Donnangelo. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov. 2011.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993.

NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. de. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1341-1356, 2010.

OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. *Homens recebem salários 30% maiores que as mulheres no Brasil*. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/homens-recebem-salarios-30-maiores-que-as-mulheres-no-brasil>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. de L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, jan./abr. 2006.

PEDRO, C. B.; GUEDES, O. de S. As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1., 2010, Londrina. *Anais...* Londrina, 2010. p. 1-10. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/1.ClaudiaBraganca.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

PEREIRA, R. P. *A relação entre estereótipos e automatismos por meio de estudos em priming*. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

128

PROMUNDO et al. *Trabalhando com mulheres jovens: empoderamento, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro, 2008.

RANGEL, L. H. Da infância ao amadurecimento: uma reflexão sobre rituais de iniciação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 147-152, ago. 1999.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*, London, v. 6736, n. 11 p. 75-89, maio 2011.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, p. 108-116, dez. 2012. Suplemento 1.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, set. 2012.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. *Annual review of public health*, Palo Alto, v. 11, n. 1, p. 39-51, 1990.

CAMPO DA SAÚDE, SABERES E PRÁTICAS: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA TRAJETÓRIA DE PESQUISA EM HIV/AIDS



LUÍS AUGUSTO VASCONCELOS DA SILVA

INTRODUÇÃO

O projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA, 2010, p. 5) enfatiza que a saúde é um “[...] campo transdisciplinar que inclui saberes e práticas tradicionalmente demarcadas nos campos da Ciência e Tecnologia, Humanidades e Artes”. Como justificativa para a criação do curso, destaca ainda o seguinte aspecto:

No contexto atual, esse campo vem passando por um conjunto de transformações, que implicam no reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença, e na multiplicação de objetos e práticas de intervenção sobre as várias dimensões desse processo.

Em Introdução ao Campo da Saúde, um dos componentes curriculares do eixo específico em saúde, todos/as os/as docentes envolvidos/as com o curso passam pelo desafio de discutir e problematizar com o coletivo de

estudantes o conceito de “campo” e de “saúde”, destacando a complexidade deste “objeto”. Dimensões históricas, filosóficas e socioantropológicas são enfatizadas para possibilitar maior entendimento crítico sobre as “práticas e saberes” desse campo – ênfase de outro componente (Campo da Saúde: Saberes e Práticas), também obrigatório do curso.

No decorrer deste percurso de formação, tópicos e discussões referentes à complexidade do objeto saúde, às transformações deste campo (de saberes e práticas), bem como à multiplicação (e heterogeneidade) dos “objetos” e “práticas” de intervenção (possibilitados, inclusive, pelo avanço das biotecnologias e da produção de conhecimento tecnocientífico), têm exigido de todo o coletivo de docentes envolvidos com o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde abertura e esforço reflexivo para pensar nossa própria atuação (multi/inter/transdisciplinar) e o que se espera dos novos egressos. Isso significa pensar um percurso acadêmico em que este novo ator (bacharel/a em Saúde) possa ter uma formação geral (humanística, científica e artística), compreender de forma abrangente a “situação de saúde nas sociedades contemporâneas” e ser capaz de “[...] compreender a contribuição de diversas disciplinas do campo científico, das humanidades e das artes na análise das múltiplas dimensões desse campo”. (UFBA, 2010, p. 7)

Neste capítulo, para além de focalizar ementas e programas que compõem o eixo específico de saúde, e partindo de importantes justificativas de criação do BI em Saúde e de algumas das competências que se esperam dos novos egressos, gostaria de trazer outros aspectos e discussões pertinentes à minha trajetória como docente/pesquisador no campo da saúde. Mais especificamente, gostaria de trazer algumas reflexões sobre novas práticas (e sentidos) do risco, no contexto atual da epidemia de HIV/AIDS, como também sobre algumas novas perspectivas e limites da prevenção. Espero que alguns desses aspectos/tópicos possam contribuir para a discussão sobre o campo da saúde e a complexidade de seu objeto, assim como para uma formação mais ampla em saúde, aberta e sensível às transformações contemporâneas, à heterogeneidade de seus atores e às diferentes práticas de conhecimento.

SAÚDE/DOENÇA/CUIDADO E PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Na discussão sobre campo da saúde desenvolvida pelo coletivo de docentes do BI em Saúde, utilizam-se as noções de campo¹ e, especificamente,

1 Para Bourdieu, os campos são “[...] espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições nestes espaços, podendo ser analisadas independentemente das

campo científico, desenvolvidas pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, que estabelece a ideia de campo de conflitos, cujos agentes-pesquisadores – cientistas – disputam o monopólio pela autoridade e competência científica (crédito científico), “compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente”. (BOURDIEU, 1983b, p. 123) Como enfatiza o autor:

O universo ‘puro’ da mais ‘pura’ ciência é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas invariáveis revestem formas específicas. (BOURDIEU, 1983b, p. 122)

Campo científico, ou “mercado científico”, encontra na luta de interesses, uma atualização da lógica capitalista. Vale destacar que este campo produz formas específicas de interesse, que apenas aparecem como desinteressadas quando referidas a outros campos e a interesses diferentes. O interesse único pelo progresso científico é substituído pelos diferentes interesses/investimentos em capital simbólico. Nas palavras de Bourdieu:

O campo científico é sempre o lugar de uma luta, mais ou menos desigual entre agentes desigualmente dotados de capital específico e, portanto, desigualmente capazes de se apropriarem do produto do trabalho científico que o conjunto dos concorrentes produz pela sua colaboração objetiva ao colocarem em ação o conjunto dos meios de produção científica disponíveis. (BOURDIEU, 1983b, p. 136)

No decorrer do componente curricular Introdução ao Campo da Saúde, busca-se, assim, discutir e problematizar as diferentes posições dos agentes, interesses e conflitos diversos que compõem o campo da saúde. Entretanto, é importante que a discussão não se limite às disciplinas (e cientistas) que compõem este campo, na medida em que entram em jogo outros conhecimentos/saberes e práticas não científicos ou acadêmicos. Essa ressalva é importante para que se problematizem também os limites da noção de campo científico, buscando expandi-lo em outras direções.²

características de seus ocupantes (em parte determinadas por elas)”. (BOURDIEU, 1983a, p. 89)

2 Ver, por exemplo, as contribuições de Karin Knorr Cetina que, ao enfatizar os diferentes contextos, contingências da prática científica e os critérios de decisão não restritos ao laboratório (uma analogia à comunidade científica), fala de arena transc científica (1983), transepistêmica (1999), já que as relações e atividades envolvidas na produção do conhecimento combinam-se entre científicas e não científicas. A autora enfatiza que uma sociedade de conhecimento não é simplesmente uma sociedade de mais experts, mais tecnologias com fins particulares, mais

Portanto, quando se fala em campo da saúde, é importante trazer outras culturas, linguagens e práticas de conhecimento (não científicas, não acadêmicas) para uma maior compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, para além de separações rígidas entre as diferentes práticas e culturas (científicas vs. não científicas; populares vs. acadêmicas), é importante que se problematizem ou pensem zonas (possíveis) de contato, trocas e misturas, considerando as distintas maneiras como estes conhecimentos se deslocam, resistem e interagem uns com os outros no cotidiano.

132

Nessa direção, vale a pena destacar algumas contribuições da antropologia médica sobre os diferentes modos de interpretação da doença/enfermidade. Por exemplo, a articulação dos conceitos de *illness*, *sickness* e *disease*, que apresentando significados distintos, porém dinâmicos e interconectados, tem possibilitado uma melhor compreensão e caracterização do “objeto doença” nos diferentes contextos dialógicos. No entanto, apesar de todos os seus avanços, parece limitar-se aos discursos, narrativas, modelos explicativos e níveis diferenciados da doença, bem como a práticas curativas e à perspectiva da saúde como ausência de enfermidade. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002) Desse ponto de vista, ainda que destaquem os fenômenos e aspectos interconectados na produção de sentidos de doença/enfermidade, o objeto saúde parece apresentar-se como resultado ou discussão residual, ou simplesmente como oposição/negação da doença.

Por outro lado, não se pode negar que algumas das categorias de análise da antropologia médica têm ajudado a ampliar o escopo das teorias de “determinação” dos processos de saúde-doença-cuidado, dando destaque a aspectos da produção cultural e invenção simbólica, implicados em alguns desses processos. O antropólogo americano Arthur Kleinman (1978), por exemplo, buscando sistematizar um modelo de análise e comparação de sistemas médicos, chama atenção para as categorias de saúde, doença e cuidado como sistemas de cultura, relacionando-os um ao outro. Destaca, então, as interações interpessoais, os modelos explicativos³ e “idiomas” de comunicação entre curadores e pacientes, explorando as ações e, principalmente, os aspectos comunicacionais dessas interações. Nesta fase,

interpretações especializadas, é uma sociedade permeada por culturas de conhecimento, que ocorre em uma prática, dentro de estruturas, processos e ambientes, produzindo áreas epistêmicas específicas. (KNORR CETINA, 1999)

3 Segundo Kleinman (1978), os modelos explicativos são fixados para especificar sistemas de conhecimento e valores centrados nos diferentes setores sociais e subsetores do sistema de cuidado à saúde.

restringe-se à distinção entre *illness e disease* como aspectos da *sickness*: a *disease* denotando mau funcionamento ou má adaptação no processo biológico ou psicológico; enquanto a *illness* significando a experiência da doença (*disease*) e a sua reação societal.

Em outro momento, Kleinman (1988) amplia esta articulação e esclarece que o termo *illness* (polissêmico e multivocal) traduz a experiência humana do sintoma e sofrimento, ou ainda, refere-se ao modo como a pessoa doente e os membros da família, ou as redes sociais, percebem e vivem com ela e respondem ao sintoma e enfraquecimento, sendo assim culturalmente orientado. Por sua vez, a *disease* diz respeito ao que o profissional produz, mudando a forma da *illness* em termos de uma teoria da desordem; refere-se à perspectiva do profissional, ao que foi treinado para ser visto, isto é, como uma alteração na estrutura biológica ou funcionamento. Finalmente, para *sickness* o autor define um sentido genérico que atravessaria toda a população, estando vinculado às forças macrossociais (econômicas, políticas e institucionais).

133

A noção de rede semântica de Good (1994), ao considerar que a construção do significado da enfermidade ocorre por meio de múltiplas vozes e narrativas, busca ampliar também o escopo de análise semântica,⁴ incorporando uma perspectiva mais dialógica no processo de interpretação. Good chama atenção para a diversidade de formas de autoridade e resistência associadas a elementos centrais do sistema médico. Nesse sentido, utiliza o conceito de heteroglossia, do teórico russo Mikhail Bakhtin (1998), buscando destacar e compreender as diferentes narrativas da doença a partir da multiplicidade de “vozes” sociais e da extensa variedade de relações e inter-relações, orquestrada dialogicamente, onde forças centrípetas (que unificam e centralizam o mundo verbal-ideológico) e as forças centrífugas (processo ininterrupto de descentralização e diferença) se intersectam. Assim, essa heteroglossia possibilita perceber o que está na margem, incorporando as formas vivas da linguagem, como processo formativo, flexível, cambiante, “negociadas em diversas áreas dialógicas”. (GOOD, 1994, p. 174)

Entretanto, no que diz respeito aos processos de saúde-doença-cuidado, talvez tenhamos, ainda, de reconfigurar ou atualizar essa discussão, buscando reconhecer as múltiplas possibilidades de produção e invenção de sentidos (positivos) de saúde, mesmo na presença (ou iminência) da

4 Corin (1995, p. 275), ao destacar a contribuição da semiologia nos estudos antropológicos, esclarece que a identificação de signos pode ser contextualizada em dois sentidos: signos sempre existem dentro de uma estrutura que influencia seus significados e nós, como intérpretes, sempre ocupamos uma estrutura específica de cultura que influencia nossas observações, interpretações e identificações do fenômeno.

doença e dos riscos. Dessa forma, é importante destacar os desdobramentos/deslocamentos de sentidos de saúde no cotidiano, produzidos por diferentes atores sociais, como também as diferentes linguagens e atividades que se encontram interconectadas na produção desses sentidos, irredutíveis às suas dimensões particulares, como as condições ambientais e biológicas. Na produção de sentidos de saúde-doença-cuidado, ocorre, assim, um engajamento coletivo, ou trabalho contínuo de mediação, que extravasa o “campo científico” – epidemiológico – acolhendo e gerando outras práticas e discursos; uma (trans)formação que aponta para a multiplicidade (e abertura) de sentidos de saúde. (SILVA, 2003)

134

Portanto, na rede de comunicação cultural, pode ocorrer uma transformação (deslocamento) do objeto de conhecimento (saúde). O termo “comunicação cultural” é utilizado aqui a partir de textos do filósofo da linguagem Mikhail Bakhtin (2003), que conceitua o enunciado como um elo na cadeia da comunicação discursiva, que tem uma história (longa), mas também se dirige ao futuro, estando aberto a outras interpretações, na medida em que o processo de compreensão implica (sempre) uma “atitude responsiva ativa”. Entretanto, o termo comunicação cultural adquire aqui novos contornos, com o objetivo de demarcar a existência de outros atores (materiais). Portanto, para além de uma perspectiva linguística, esta “rede de comunicação” deve incluir os próprios materiais/tecnologias, como mediadores, que compõem (e possibilitam) os diversos contextos interativos, por exemplo, o ciberespaço.⁵

Considerando, então, as múltiplas possibilidades de compreensão do objeto saúde, inclusive através das (bio)tecnologias, que fazem com que as pessoas possam expandir ou ter outras “perspectivas” de vida, como é o caso atualmente das pessoas vivendo com HIV/Aids, vale a pena retomar a ideia de saúde como “margem de tolerância às infidelidades do meio”,⁶ portanto, como possibilidade de construção de novas formas (ou normas)

5 Pierre Lévy (1999) define o ciberespaço como um dispositivo de comunicação interativo e comunitário. Em outras palavras, como “[...] o espaço de comunicação aberto pela interconexão mundial dos computadores e das memórias dos computadores”. (LÉVY, 1999, p. 92)

6 Essa forma de pensar a saúde está vinculada às análises de Georges Canguilhem. Algumas dessas concepções constam em sua tese sobre o normal e o patológico; por exemplo, quando o conceito de saúde aparece como “margem de tolerância às infidelidades do meio”. (CANGUILHEM, 2011, p. 139) O “meio é infiel” porque existem os acidentes (possíveis) do mundo. Para esse autor, então, o conceito de saúde está vinculado à capacidade de criar ou seguir novas normas de vida: “ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas”. (CANGUILHEM, 2011, p. 92) Dessa forma, “estar com boa saúde” significa que podemos “cair doentes” e nos recuperar; significa que somos capazes de “tolerar infrações à norma habitual e instituir novas normas em situações novas”. (CANGUILHEM, 2011, p. 138)

de vida. Nessa mesma direção, como sugere Caponi (2003), podemos, também, problematizar a saúde como “abertura ao risco”, principalmente quando os sujeitos parecem escolher, desejar ou são seduzidos pelo risco. Desse ponto de vista, o risco pode apontar ou sugerir uma maneira de criar novos valores, ressignificar a própria vida, expressar sua liberdade criativa, por conseguinte, de se sentir mais forte/resistente ou saudável.

Pensando, então, o objeto saúde como movimento em direção ao risco, há um aspecto importante que não pode ser negligenciado: nas interações cotidianas, são produzidas também formas de resistência a discursos/práticas que buscam fixar e naturalizar condutas/comportamentos, como também parecem criar ou inventar “sujeitos” e patologias. A homossexualidade, por exemplo, pode ser compreendida como uma invenção social moderna (FOUCAULT, 2001), no conjunto de práticas institucionais e discursivas que demarcam as fronteiras morais entre um sexo legítimo e outro ilegítimo, portanto como um fato político. (SEIDMAN, 1994) Como enfatiza Foucault (2001, p. 43):

O homossexual do século XIX torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade.

Dessa forma, torna-se interessante discutir as práticas que sustentam os novos discursos sobre o risco e que parecem mobilizar formas plurais de resistência, quer sejam de forma “espontânea”, “selvagem” ou “planejada”. (FOUCAULT, 2001, p. 91) A abertura para novos sentidos do risco faz com que sejam problematizados alguns discursos da saúde na contemporaneidade (como boa forma), principalmente tendo como referência o contexto atual das biotecnologias, gerando novas formas de sociabilidades a partir de critérios não tradicionais (como sexo e raça).

Atualmente, o que parece contar é a performance corporal, critérios de saúde, buscando-se atingir longevidade, melhor forma física e juventude, através de atividades dirigidas para o controle do corpo. (ORTEGA, 2003, 2006, 2008) Rabinow (1999) chama esse novo modelo social de biosociabilidade. Nesse modelo de construção de bioidentidades (ORTEGA, 2003), o corpo é o lugar da moral e matriz da identidade pessoal, produzindo um discurso de “verdade do ser” para além do sexo (FOUCAULT, 2001), onde traços, marcas, elementos e critérios biológicos são imprescindíveis para mobilizar relações pessoais, legitimar o início ou manutenção de uma parceria afetivo-sexual, bem como para dizer e fixar algo sobre a pessoa.

HIV/AIDS E OS NOVOS SENTIDOS DO RISCO

Entretanto, não podemos desconsiderar as diferentes respostas, novos sentidos e formas de transgressão que surgem mediante os discursos imperativos do cuidado, da saúde ou corpo perfeito. No momento atual, passamos, por exemplo, a acompanhar uma produção crescente de sentidos do risco, muitas vezes seguindo caminhos opostos às políticas de prevenção; como é o caso, por exemplo, do *barebacking*, geralmente definido como o engajamento consciente e deliberado em práticas de sexo anal desprotegido, conhecendo-se os riscos envolvidos. (SUAREZ; MILLER, 2001)

136

O termo *barebacking* significa, literalmente, cavalgar ou montar sem sela. Originalmente empregado nos rodeios como uma modalidade de esporte sem proteção, o termo passou a ser usado no contexto da comunidade gay norte-americana, em meados da década de 1990, de forma análoga para designar o sexo sem preservativo. (SILVA, 2008) Para alguns autores, significa uma estratégia de resistência ao discurso normativo da saúde em relação ao sexo seguro. (CROSSLEY, 2002; ROFES, 2002) Desse ponto de vista, o engajamento em comportamentos de risco (não saudáveis) passa a ser problematizado como uma forma simbólica de independência psicológica, de resistência, uma forma de rebelião e transgressão dos valores sociais dominantes. (CROSSLEY, 2002, 2004)

Vale a pena destacar que o conceito de *barebacking* foi apropriado, basicamente, por homens que fazem sexo com homens, em diferentes contextos, por exemplo, o brasileiro. (SILVA, 2008) Outros, posicionados como heterossexuais, podem não se considerar *barebackers* (praticantes do *barebacking*), exatamente pela ideia de prazer do risco ou de desafio das doenças (e da morte), muito difundida e associada ao conceito. No entanto, para além da identidade sexual, o prazer sensorial e de contato mais íntimo com o outro aparece de forma marcante em diferentes relatos (SILVA, 2010), colocando o risco de infecção ou adoecimento (seu aspecto negativo) em um plano mais secundário ou distante dos interesses em foco.

É preciso, portanto, enfatizar que os praticantes do *barebacking* (ou outros atores que se engajam em situações tidas como arriscadas ou perigosas) não querem, necessariamente, adoecer e morrer; ao contrário, muitos parecem querer (e buscar), paradoxalmente, mais vida, mesmo que seja sentida em um breve e abrupto instante, orientado aparentemente por uma força “natural” ou “instintiva”, valorizando-se o tempo curto ou de maximização do prazer imediato, porém intenso e real. Nos diferentes relatos sobre o *barebacking*, de forma convergente a outros discursos mais genéricos sobre o sexo sem camisinha, a sensação de liberdade, autonomia e excesso de prazer em decorrência do contato com o outro sem barreira

ou incômodo, de forma mais natural, na pele, parece provocar, mobilizar e instigar os próprios atores. (SILVA, 2010) Trata-se de um tipo de prazer ou gosto especial que a transgressão dos limites dos corpos parece produzir em tempos aparentemente frios, padronizados e superficiais. No decorrer dessa trajetória arriscada, pode-se produzir também uma satisfação ou realização pessoal por superar seus próprios limites ou parecer mais forte, resistente, em relação ao HIV, ao discurso da Aids e à própria morte.

É preciso não perder de vista que o conceito de risco não foi utilizado de maneira homogênea na nossa história ocidental. Como aponta Lupton (1999), vários comentadores vinculam a emergência da palavra e do conceito de risco às aventuras marítimas pré-modernas. Para Luhmann (1996), as origens da palavra são desconhecidas, ainda que alguns falem de sua procedência árabe. Esse autor também explica que o termo já se encontrava na Europa em documentos medievais e se espalhou com a chegada da imprensa, principalmente na Itália e Espanha, possibilitando que seu emprego se estendesse para além do âmbito marítimo-comercial desde o ano de 1500. De qualquer forma, a palavra excluiu inicialmente a ideia de culpa, ação ou responsabilidade humana (LUPTON, 1999), sendo concebida como um evento natural, provocado por uma força superior, de deuses ou demônios. (BECK, 1992; LUPTON, 1999; LUPTON; TULLOCH, 2002)

As mudanças de seus significados começam no século XVII e obtêm força no século XVIII. As novas facetas do risco estão associadas ao mundo industrializado, com a emergência da modernidade, e vinculado ao surgimento da ciência; mais precisamente, relacionado à matemática e estatística, com o conceito de probabilidade, buscando calcular a norma e identificar desvios da norma. (LUPTON, 1999) No século XVII, portanto, o risco passou a ser associado à probabilidade de ocorrência de um evento, bem como à magnitude de suas perdas e ganhos. (DOUGLAS, 1994) A estatística, como ciência do estado, terá um papel central na análise dos riscos, na medida em que começa a revelar a regularidade própria da população, suas taxas de mortes e doenças, bem como mostrar que o domínio da população envolve um campo de efeitos agregados e fenômenos irreduzíveis aos da família, como as epidemias e os níveis endêmicos de mortalidade. (FOUCAULT, 1991)

Foucault (1979, 1991, 2001) destaca, assim, uma mudança importante nos mecanismos de poder que ocorrem a partir do séc. XVII, um deslocamento do direito de morte para um poder que se exerce positivamente sobre a vida. Esse “poder sobre a vida” desenvolveu-se sob duas formas principais: uma centrada no corpo como máquina, e outra, mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrada no corpo-espécie, constituindo, respectivamente, dispositivos disciplinares e técnicas de regulação da

população. A administração do corpo e a gestão da vida recobrem o que Michel Foucault designa de era do biopoder.

A partir do século XVII, portanto, ocorre uma multiplicação de disciplinas e técnicas diversas com o objetivo de obter a “sujeição” dos corpos e controle das populações. (FOUCAULT, 2001) Os novos desenvolvimentos a respeito da vida em geral, por exemplo, com as técnicas agrícolas e medidas visando à sobrevivência das pessoas, possibilitam um domínio relativo sobre a vida. Conforme ressalta Foucault (1991), a população passa a ser o objetivo final da arte de governar, uma vez que o governo começa a querer melhorar as condições de bem-estar da população, aumentar a sua riqueza, saúde, longevidade, etc. Nessa trajetória de práticas e discursos, o biológico passa a refletir-se no campo político. Segundo Foucault (2001), o homem ocidental começa pouco a pouco a aprender o que é ser uma espécie viva em um mundo vivo, o que significa ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva. Por conseguinte, a morte é vista como o espaço mais secreto e privado do indivíduo, ainda que não isenta de ser analisada ou questionada quando os sujeitos escolhem morrer.

138

Por sua vez, no século XVIII, como explica Douglas (1994, p. 23), a ideia de risco adquire importante uso nos seguros marítimos, na medida em que se discutem as chances de o navio voltar a salvo para terra, fazer a fortuna do proprietário, contra as chances de se perder no mar. Nesse momento, o risco podia ser bom ou mau (LUPTON, 1999), sendo usado em um sentido mais neutro, já que procurava lidar com a probabilidade de perdas e ganhos. (DOUGLAS, 1994) Com a expansão do capitalismo industrial, das tomadas de decisão e cálculos de risco, o seguro vai se aperfeiçoando e se expandindo em outras áreas da vida social. (BECK, 1992) No final do século XX, a palavra risco será usada de forma crescente para significar ameaça ou perigo⁷ (LUPTON, 1999; LUPTON; TULLOCH, 2002), ou seja, resultados negativos ou indesejados, portanto alguma coisa que deve ser evitada. Como enfatiza Douglas (1994, p. 24), a palavra “risco agora significa perigo, e alto risco significa bastante perigo”.

Nesse cenário – do risco como algo fundamentalmente negativo, que deve ser evitado – o indivíduo é representado como uma unidade de processamento de informação. (LUPTON, 1999) Desse ponto de vista, as ações humanas são compreendidas como voluntárias e racionais. O indivíduo, portanto, deve se perceber como vulnerável ao risco, que tem sérias consequências, ao mesmo tempo em que deve acreditar que a prevenção será efetiva e os benefícios maiores que os custos. (LUPTON, 1999)

7 Em inglês, as palavras utilizadas são *danger*, *hasard*, *threat*.

É importante também lembrar que o conceito moderno de risco está ligado à ideia de controle ou colonização do futuro (GIDDENS, 1997, 2000, 2002); em outras palavras, ao poder de decisão sobre “qual o futuro desejável”. (CASTIEL, 2003, p. 83) Entretanto, se o mundo contemporâneo apresenta-se de forma mais aberto e contingente devido ao acúmulo de conhecimentos e sua conseqüente reflexividade sobre a vida cotidiana, por outro lado, emergem novas surpresas e “novos tipos de incalculabilidade” sobre o futuro. (GIDDENS, 1997, p. 76) No momento atual, um novo sentimento de incerteza e indeterminação do mundo, em que “nada pode ser conhecido com segurança” (BAUMAN, 1998, p. 36), bem como a necessidade de se mexer, ser flexível, ou partir em qualquer direção (SENNETT, 2005), justificam ou dão novos contornos à existência dos riscos na vida cotidiana.

A alta modernidade ou modernidade tardia que Anthony Giddens tanto enfatiza caracteriza-se, entre outros aspectos, por novos parâmetros do risco, principalmente daquele “risco fabricado”, que se origina de dentro do próprio conhecimento tecnocientífico. (GIDDENS, 2000, p. 143) A partir de uma tendência crescente de globalização, desterritorialização e democratização dos efeitos dos riscos – transição da sociedade industrial para a sociedade de risco (BECK, 1992) – ocorrem transformações significativas sobre a crença na possibilidade de controle do futuro, bem como sobre o próprio gerenciamento dos riscos no espaço privado, na medida em que sua gestão não mais depende dos “mecanismos tradicionais de vigilância, pautados nas instituições disciplinares”, mas passa a depender do “gerenciamento de informações” – informações estas que parecem ser de todos e de ninguém ao mesmo tempo. (SPINK, 2001, p. 1287)

Os riscos contemporâneos mostram, portanto, outras trilhas (confusas, incertas e paradoxais) que devem ser seguidas. Com o propósito de ilustrar melhor alguns desses aspectos que são vividos positivamente em situações tidas como arriscadas ou perigosas, é interessante fazer referência a um enunciado de uma mensagem online, retirada de um grupo de discussão da internet sobre o sexo desprotegido, mais precisamente sobre o *barebacking* (SILVA, 2009a): *tudo vale a pena quando a lama não é pequena*.

À primeira vista, o enunciado em questão pode sugerir uma leitura/escrita estranha ou equivocada do verso famoso da literatura portuguesa: “tudo vale a pena se a alma não é pequena”. O verso original de Fernando Pessoa gira em torno das aventuras marítimas (e conquistas) portuguesas. Lágrimas, perdas, mortes e dores foram necessárias para o enobrecimento de um povo. O perigo (do mar) aparece no poema como rota necessária para se chegar a algo superior, incluindo a conquista de novas terras, riquezas e sonhos. Entretanto, não estamos mais, meramente, diante de situações em que a nobreza e a honra de um povo estão em jogo, tampouco

diante de ritos sociais de pertencimento ao grupo. Diante das incertezas, instabilidades e fragilidades da vida contemporânea, colocar-se em risco pode significar uma forma importante de afrontamento do mundo (e da morte) para dar um novo sabor e sentido à própria vida. É o que argumenta Le Breton (2000) quando fala sobre a paixão do risco em tempos de vazio, perda de referência de sentidos e valores da cultura contemporânea.

140

Retornemos ao enunciado tudo vale a pena quando a lama não é pequena. No lugar da alma, utiliza-se a palavra lama, que na língua portuguesa significa mistura de terra e água. O sentido da palavra lama produz desdobramentos interessantes que remetem a valores, limites e práticas sociais. Aqui, podemos fazer referência àquelas situações cotidianas em que ocorre mistura, sujeira, desordem ou transgressão de hábitos e costumes, do que é permitido ou aceitável, do bom gosto e boas maneiras, enfim, uma situação em que o grotesco⁸ toma forma e lugar, no sentido de rebaixamento ou “transferência de tudo que é elevado, espiritual, ideal e abstrato, ao plano material e corporal, o da terra e dos corpos, em sua unidade indissolúvel”. (BAKHTIN, 1970, p. 29) Nesse sentido, o corpo (grotesco) não está separado ou fechado para o restante do mundo, tampouco acabado ou pronto, ele ultrapassa a si mesmo, transpõe seus próprios limites. Essa transferência (e extravagância) pode significar um perigo para a ideia de estabilidade e conformidade social.

A prática sexual desprotegida, principalmente em algumas situações mais específicas (e extremadas), de contato total com o outro (e com fluidos corporais), apresenta-se como uma dessas formas grotescas e excessivas do uso do corpo, no momento atual em que é produzida uma infinidade de discursos sobre a boa forma, o corpo saudável e o sexo seguro. Em vários momentos, estar na lama ou em uma situação de perigo significará satisfação pessoal e suplemento do prazer, ainda que não isentos de conflitos morais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano vivido das pessoas, estes aspectos – negativos e positivos do risco – encontram-se, portanto, muito mais imbricados e de difícil separação. Talvez estejamos diante de uma rede complexa de negociação, onde

8 Mikhail Bakhtin (1970), na obra sobre Rabelais e a cultura popular na Idade Média, coloca em evidência algumas das imagens cômicas que perturbaram a ordem hierárquica da cultura oficial na Idade Média. A concepção estética particular da vida prática na Idade Média foi o que Bakhtin (1970) denominou de realismo grotesco, ou seja, o sistema de imagens da cultura cômica popular.

se busca alcançar uma maximização de ganhos em detrimento da possibilidade de perdas. Por exemplo, em relação ao HIV/Aids, é importante considerar o avanço e impacto das terapias antirretrovirais. Neste novo cenário, em que a Aids aparece como uma doença crônica, alguns atores parecem se preocupar menos com a possibilidade da infecção, argumentando que se “demora muito para morrer com o HIV”, ou “só morre se a pessoa (quiser) pegar Aids, pegar, souber disso e se negar a fazer o tratamento”.⁹ Nesse cenário, a morte pode ocorrer por outras causas e fatores dispersos do cotidiano, inclusive, atropelamento. (SILVA, 2009b)

Esses conflitos e ambiguidades presentes no cotidiano diverso das pessoas, principalmente quando existe uma dimensão sensual ou sensorial do prazer que mobiliza decisões e escolhas, demonstram que é necessário questionar ou problematizar um determinado modelo de racionalidade (*self racional*), que orienta os trabalhos de prevenção em HIV/Aids, principalmente tendo como foco principal o uso do preservativo. Nem sempre é possível praticar sexo seguro, “em todas as relações sexuais, durante toda a vida”. (TERTO JR., 2002, p. 153)

Conforme discute Carballo-Diéguez (2001), esse modelo (da racionalidade) parte do pressuposto de que podemos identificar fatores que comprometem a racionalidade e, desde o momento em que estes fatores são eliminados, as pessoas passam a aderir, de forma mais consistente, ao sexo seguro. Conforme reconhece esse mesmo autor, especialmente no que diz respeito à sexualidade, os seres humanos não são somente orientados pela racionalidade. Carballo-Diéguez (2001) admite que, a partir do momento em que as pessoas “param” de usar a camisinha, é necessário desenvolver alternativas à prevenção.

Em relação às estratégias e métodos de prevenção/redução de riscos, podemos encontrar atualmente um leque maior de possibilidades (e combinações), tanto oriundas do campo da biomedicina, como é o caso das profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, quanto das práticas e contextos de vida/relação de diferentes atores, por exemplo, ao buscarem parceiros do mesmo status sorológico para relacionamentos e práticas sexuais desprotegidas. (BALÁN et al., 2013) Destaca-se que a própria internet tem contribuído para a existência desses novos arranjos relacionais. Por exemplo,

9 Para além (e apesar) do HIV/Aids, não podemos negligenciar o fato de que, nesse novo cenário, muitas pessoas, após o susto da descoberta de sua nova condição sorológica, superam um momento de crise/ruptura, passam a produzir novos valores ou formas de vida. Por outro lado, ao se depararem com a nova situação, buscam superar ou mesmo “gerenciar” os novos conflitos, tensões e obstáculos, como os efeitos colaterais decorrentes do tratamento, novas formas e perspectivas de cuidado e a possibilidade de discriminação.

como enfatizam Davis e colaboradores (2006), alguns homens gays que vivem com HIV usam a internet para encontrar parceiros também HIV positivo para a realização do sexo anal desprotegido. Por sua vez, essa possibilidade de encontros via online permite a homens gays soropositivos reduzirem o risco de transmissão do HIV, como também evitarem a rejeição sexual e o preconceito. (DAVIS et al., 2006)

142

Entretanto, se os métodos de prevenção se diversificam, complexificam também as escolhas, os momentos, situações e circunstâncias em que se encontram os atores. Nessa direção, gostaria de ressaltar a ambiguidade/ambivalência de alguns conceitos (e usos) no campo da saúde, como escolha/autonomia, ou mesmo de risco. Acho prudente pontuar alguns desses aspectos, inclusive para que não deixemos simplesmente de lado uma crítica – há muito realizada – sobre as estratégias de prevenção “individualistas” e “comportamentais”; tampouco passemos a produzir práticas que se baseiam (puramente) em análises probabilísticas do risco ou reproduzir uma perspectiva “conservadora” de promoção da saúde, centrada, basicamente, em “estilos de vida e hábitos saudáveis”, em que a responsabilidade pelos danos e riscos à saúde recaem exclusivamente sobre os indivíduos. (CZERESNIA, 2003)

Como aprendi com os próprios “*barebackers*”, os sentidos do risco também vão além da lógica preventivo-epidemiológica ou de uma racionalidade biomédica. Para além da ideia de “loucura” presumida, ou irresponsabilidade declarada, muitos daqueles que dizem não gostar ou não querer mais a camisinha desenvolvem (como muitos de nós – do campo da saúde) suas próprias técnicas e estratégias de redução de danos/riscos.¹⁰ (SILVA, 2012) São manobras e táticas desenvolvidas ao longo dos encontros/desencontros afetivo-sexuais: múltiplos acontecimentos que se desenrolam no cotidiano vivido das pessoas; encontros (intimidades) impossíveis que se fazem possíveis; decisões guiadas ou orientadas por outros saberes/práticas, outros corpos e novos prazeres.¹¹

Reconheço a importância, urgência e avanços no campo das biotecnologias, mas é preciso não perder de vista uma política de prevenção e promoção da saúde situada histórica e culturalmente. O acesso ao sistema de saúde público da população LGBT, por exemplo, ainda é um problema e

10 É o caso, por exemplo, quando alguns praticantes evitam ejacular dentro ou receber o esperma do parceiro, buscam ser mais receptivos ou insertivos (posicionamento estratégico) ou manter relações sexuais desprotegidas com parceiros do mesmo status sorológico – *serosorting*.

11 A partir dos discursos sobre intimidade e prazer sexual entre praticantes do *barebacking* (SILVA, 2008), acredito ser importante retomar ou colocar novamente em pauta a discussão sobre erotismo e prazer nas políticas de prevenção, para além do discurso (imperativo) sobre o uso do preservativo.

limite a ser enfrentado, com a presença constante do medo, desconfiança e indiferença; sem contar a permanente estigmatização da Aids, que dificulta o diálogo aberto entre parceiros, amigos e amantes.

Nesse cenário, as práticas de promoção da saúde não podem deixar de focalizar (estrategicamente) os determinantes socioculturais, políticos e econômicos, que afetam de forma negativa as condições de vida e saúde de grupos e populações (VERDI, 2010), como também os contextos sócio históricos e os aspectos simbólicos implicados nos processos de saúde-doença-cuidado. Por sua vez, ainda que o risco faça parte da existência humana, muitas vezes possibilitando (positivamente) a construção de novos sentidos e projetos para a vida, isso não significa negar que há riscos que podem e devem ser evitados. (CAPONI, 2003) Há várias situações de injustiça, exclusão social e dificuldades de acesso a serviços de saúde (entre outros) que tornam as possibilidades de escolha bastante limitadas ou reduzidas.

143

Dessa forma, temos de considerar a distribuição desigual de recursos/tecnologias entre indivíduos/coletivos e suas possibilidades de escolha. Não podemos, portanto, esquecer as várias situações/contextos de vulnerabilidade em que vivem diferentes pessoas, como também perder de vista as relações abertas e confusas (com interferências diversas) que ocorrem no cotidiano, produzindo múltiplos sentidos e versões da realidade.

De forma muito breve, vale a pena pontuar o conceito de “política ontológica” de Annemarie Mol (1999). Segundo a autora, este termo (composto) fala de “ontologia”, que, na linguagem filosófica, define o que pertence ao real, às “condições de possibilidade com que vivemos”, mas quando combinado ao termo “política”, sugere, conforme argumenta a autora, que as condições de possibilidade não estão dadas. Essa realidade, portanto, não precede às “práticas mundanas”, mas são formadas dentro dessas práticas. (MOL, 1999, p. 75)

Ao tratar a realidade como múltipla, a autora vai enfatizar outros conceitos, como “intervenção” e “performance”. Nesse sentido, a realidade é “feita” e “performada”, mais do que “observada”. Portanto, quando consideramos os momentos e situações diversas, em que ocorre a participação/interação ou engajamento de tantos materiais e tecnologias, a realidade não está mais “intocada no centro”. Como enfatiza Mol: “a realidade é manipulada por meio de várias ferramentas no decurso de uma diversidade de práticas”. (MOL, 1999, p. 77)

Portanto, para além de uma visão neoliberal, que percebe as decisões como completamente livres e racionais¹², deve-se ressaltar que as escolhas

12 Segundo Adam (2005, p. 344), a visão neoliberal que também tem acompanhado o discurso so-

estão sempre situadas, posicionadas, mediadas por práticas, atores, materiais/recursos, discursos (sobre o corpo, a vida, a saúde, etc.), ocorrendo em contextos relacionais e performativos diversos. A responsabilidade, por conseguinte, é dialógica/relacional, e nunca se expressa de forma isolada ou que dependa, única e exclusivamente, de um sujeito ensimesmado, fechado em si mesmo, ou de um *self racional*.

Para além de localizar e fixar culpados de um lado e vítimas de outro, entra em cena a necessidade de compreender os processos pelos quais os atores concretos (posicionados) fazem suas escolhas ou tomam decisões. Isso significa, também, reconhecer que as pessoas, em contextos interativos diversos, produzem, inventam ou imaginam novas formas/normas (possíveis e diferentes) de vida, diante dos conflitos, paradoxos, tensões, instabilidades, acidentes e intempéris do cotidiano ou da própria vida. Este talvez seja um dos grandes desafios para a formação em saúde: o reconhecimento e diálogo com outros saberes, outras práticas e formas de vida, sem querer negar ou silenciar o “outro”.

144

REFERÊNCIAS

ADAM, B. D. Constructing the neoliberal sexual actor: responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Culture, Health & Sexuality*, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 333-346, July/Aug. 2005.

BAKHTIN, M. M. *L'oeuvre de François Rabelais et la culture populaire au Moyen Age et sous la Renaissance*. Paris: Gallimard, 1970.

BAKHTIN, M. M. *The dialogic imagination: four essays*. Austin: University of Texas Press, 1998.

BAKHTIN, M. M. *Estética da criação verbal*. Tradução de Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BALÁN, I.C. et al . Are HIV-negative men who have sex with men and who bareback concerned about HIV infection? Implications for HIV risk reduction interventions. *Archives of sexual behavior*, New York, v. 42, n. 2, p. 279-289, Feb. 2013.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Tradução de Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

bre o *barebacking* “[...] constrói os atores humanos como racionais, adultos, indivíduos fazendo contratos em um mercado de opções livres”.

BECK, U. From industrial society to the risk society: questions of survival, social structure and ecological enlightenment. *Theory, culture and society*, London, v. 9, n. 1, p. 97-123, Feb. 1992.

BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Tradução de Jeni Vaitsman. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983a.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: sociologia*. Organização de Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983b. p. 122-155. (Grandes cientistas sociais, 39).

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. (Campo teórico).

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

145

CARBALLO-DIÉGUEZ, A. HIV, barebacking, and gay men's sexuality, circa 2001. *Journal of sex education and therapy*, Mount Vernon, v. 26, n. 3, p. 225-233, Sept. 2001.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 79-95.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, ago. 2002.

CORIN, E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: AMICK III, B. C. et al. (Ed.). *Society and health*. New York: Oxford University Press, 1995. p. 272-304.

CROSSLEY, M. L. The perils of health promotion and the 'barebacking' backlash. *Health*, London, v. 6, n. 1, p. 47-68, Jan. 2002.

CROSSLEY, M. L. Making sense of 'barebacking': gay men's narratives, unsafe sex and the 'resistance habitus'. *British Journal of Social Psychology*, London, v. 43, n. 3, p. 225-244, June 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DAVIS, M. et al. Sex and the internet: gay men, risk reduction and serostatus. *Culture, Health & Sexuality*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 161-174, Mar./Apr. 2006.

DOUGLAS, M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge, 1994.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Governmentality. In: FOUCAULT, M.; BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (Ed.). *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 87-104.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

146 GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Ed. UNESP, 1997. p. 73-133.

GIDDENS, A. Política da sociedade de risco. In: GIDDENS, A.; PIERSON, C. *Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade*. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 139-148.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Society science and medicine*, Oxford, v. 12, p. 85-93, Apr. 1978.

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

KNORR CETINA, K. The ethnographic study of scientific work: Towards a constructivist interpretation of science. In: KNORR CETINA, K.; MULKAY, M. J. (Ed.). *Science observed: perspectives on the social study of science*. Beverly Hills: Sage, 1983. p.115-140.

KNORR CETINA, K. *Epistemic cultures: how the sciences make knowledge*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

LÉVY, P. *Cibercultura*. Tradução de Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Ed. 34, 1999. (Trans).

LE BRETON, D. *Passions du risque*. Paris: Métailié, 2000. (Suite sciences humaines, 2).

LUHMANN, N. El concepto de riesgo. In: GIDDENS, A. et al. *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencias y riesgo*. Josetxo Beriain (Comp.). Barcelona: Anthropos, 1996. p. 123-153.

LUPTON, D. *Risk*. London; New York: Routledge, 1999.

LUPTON, D.; TULLOCH, J. 'Risk is part of your life': risk epistemologies among a group of australians. *Sociology*, Oxford, v. 36, n. 2, p. 317-334, May 2002.

MOL, A. Ontological politics: a word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell, 1999. p. 74-89.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

ORTEGA, F. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: ALMEIDA, M. I. M. de; EUGENIO, F. (Org.). *Culturas jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006. p. 42-58.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

RABINOW, P. *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

ROFES, E. Desires as defiance: gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health education journal*, London, v. 61, n. 2, p.125-137, June 2002.

SEIDMAN, S. Queer-ing sociology, sociologizing queer theory: an introduction. *Sociological theory*, San Francisco, US, v. 12, n. 2, p. 166-177, July 1994.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SILVA, L. A. V. da. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 135-148, ago. 2003.

SILVA, L. A. V. da. *Desejo à flor da tel@: a relação entre risco e prazer nas práticas de barebacking*. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SILVA, L. A. V. da. Masculinidades transgressivas em práticas de barebacking. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 3, 675-699, set./dez. 2009a.

SILVA, L. A. V. da. *Barebacking e a possibilidade de soroconversão*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1381-1389, jun. 2009b.

SILVA, L. A. V. da. *Prazer sem camisinha: novos posicionamentos em redes de interação online. Cadernos Pagu*, Campinas, v. 35, p. 241-277, jul./dez. 2010.

SILVA, L. A. V. da. Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: possibilidades e desafios. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 327-336, maio/ago. 2012.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov./dez. 2001.

Suarez, T.; Miller, J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men - Where do we go from here? *Archives of sexual behavior*, New York, v. 30, n. 3, p. 287-300, June 2001.

148

Terto JR., V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n.17, p. 147-158, jun. 2002.

UFBA. Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos. *Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador, 2010.

VERDI, M. Interfaces entre bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção da saúde. In: CAPONI, S. et al. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 255-264.

O NÍVEL DE INFORMAÇÃO DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA ACERCA DO HIV/AIDS

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO

VANESSA PRADO DOS SANTOS

GLEICE KELLY SANTOS ALMEIDA

INTRODUÇÃO

Após a descoberta da AIDS, houve uma grande mobilização da comunidade científica, com o surgimento de numerosos estudos sobre as principais características da síndrome. (ZANCAN, 1999) No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as desigualdades socioeconômicas se associam às deficiências de atenção à saúde, aumentando a vulnerabilidade da população às doenças infectocontagiosas. Além disso, as doenças sexualmente transmissíveis são particularmente de difícil abordagem, pois envolvem a mudança de hábitos culturalmente estabelecidos e legitimados, questões socioeconômicas e diferenças de gênero.

No início da epidemia, as informações ligadas à AIDS difundiram estereótipos que classificavam a vulnerabilidade ao HIV, estigmatizando

certos grupos sociais à infecção, com os chamados “grupos de risco” que incluíam os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo). A visão limitada e preconceituosa acerca dos riscos de contaminação ao vírus HIV propiciou uma falsa percepção de risco na sociedade, fazendo parecer que a doença sexualmente transmissível acometia apenas grupos isolados, estando os heterossexuais de certa forma “protegidos” dela. Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999), relatam a história de uma mulher que cuidava de um doente portador do vírus HIV e tinha contato com a doença, tendo possivelmente conhecimento dos riscos de infecção, mas que nunca pensou que poderia ser atingida, porque, para ela, a AIDS era “a doença do Cazuzu” e não atingia mulheres “comuns” como ela.

150

Com o passar do tempo, o aumento do número de casos e a distribuição “democrática” da síndrome fez com essa visão de vulnerabilidade restrita fosse substituída por uma compreensão mais ampla sobre as possibilidades de transmissão do vírus. Nesse contexto, Santos e colaboradores (2009) descrevem três fases da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. A primeira vai da sua descoberta e se prolonga até 1986, uma fase em que a via sexual era tida como a forma de transmissão mais importante, e os homossexuais eram considerados os de principais propagadores da infecção. A segunda fase, compreendida entre o final da década de 80 e o início dos anos 90, em que o uso de drogas injetáveis surgiu como uma forma importante de contaminação, com número de casos ascendente e considerável. E a terceira fase, do começo dos anos 90 até os dias atuais, que inseriu no panorama da epidemia um destaque para a transmissão através das relações heterossexuais, e entre mães e bebês, a chamada transmissão vertical. (SANTOS et al., 2009)

No cenário contemporâneo, as mulheres passaram a fazer parte do grupo de pessoas portadoras do vírus e/ou da síndrome, assumindo também o papel de transmissoras do vírus aos seus filhos, se não adequadamente tratadas e orientadas. O aumento da proporção do número de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres vêm sendo chamado de “feminização” da epidemia. Sendo assim, é imprescindível que se conheça qual o nível de informação que as mulheres têm em relação à doença e às suas formas de contágio e prevenção, e buscar ampliar o debate sobre as questões que refletem na vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS.

A nossa pesquisa, com estudantes universitárias do gênero feminino cursando o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, pretende conhecer o que as alunas sabem sobre as formas transmissão do HIV/AIDS e as informações que elas têm sobre as formas de proteção contra a doença, ampliando a discussão sobre o tema.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “Percepções e experiências ligadas a AIDS”, que dentre outros objetivos, busca conhecer e debater questões relacionadas ao HIV/AIDS, sua prevenção e fatores relacionados à promoção da saúde entre estudantes universitários. Nesta etapa da pesquisa, foi aplicado um questionário, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para avaliar programas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS (BRASIL, 2007), entre estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o intuito de conhecer o nível de informações dos estudantes participantes a respeito da transmissão do vírus HIV/AIDS e quais medidas de prevenção elas acreditavam ser relevantes. Este texto considera as respostas obtidas das 123 alunas que ingressaram no referido curso no ano de 2012 de um total de 182 questionários respondidos. O questionário é anônimo, e os alunos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar da pesquisa. O questionário contém dados demográficos (idade, sexo, estado civil) e cinquenta questões relacionadas aos conhecimentos e percepções acerca do HIV/AIDS. Os dados obtidos com as respostas (sim/não) foram tabelados em planilha do Microsoft Excel[®] para estudar as frequências das respostas das alunas, associando a esses dados a discussão no grupo de diálogo realizado com o objetivo de discutir sobre o tema com as estudantes que desejavam participar do grupo,

151

RESULTADOS

A média de idade das 123 alunas que responderam ao questionário foi de 23 anos, sendo que quanto ao estado civil 93% delas se declararam solteiras, 6% casadas e 1% divorciada. Quanto à orientação sexual 96% se declararam heterossexuais, 2% homossexuais e 2% bissexuais. Cinquenta e cinco por cento das alunas haviam cursado o ensino médio em instituição privada.

A maioria das mulheres respondeu afirmativamente, de forma correta, que as formas de transmissão do vírus HIV/AIDS são o sexo sem preservativo (98% de respostas corretas); gravidez e parto (94%); sangue contaminado (98%) e seringas e agulhas contaminadas (98%). No entanto, o percentual de acertos foi menor em relação à transmissão através do leite materno, em que apenas 60% responderam que sim, o bebê pode pegar AIDS dessa forma. As mulheres também afirmaram corretamente que o vírus/doença não é transmitido(a) através de talheres, pratos e copos (95% de respostas negativas/corretas); uso do banheiro (91%); brincando

com crianças soropositivas (97%); beijo na boca (82%) e picadas de insetos (83%), estas duas últimas respostas com menor percentual de acertos.

Quanto às formas de proteção, a maioria mulheres respondeu corretamente que as práticas que conferem proteção contra o vírus/doença são o preservativo/camisinha (97% de respostas afirmativas/corretas); não reutilizar seringas ou agulhas (95%); tratar a mãe soropositiva (74%) e não deixar que a mãe soropositiva amamente o bebê (61% de respostas corretas). As práticas que não se constituem formas de prevenção foram atividade sexual com alguém de boa aparência (96% de respostas negativas/corretas) e o uso de anticoncepcional (96%). Noventa e oito por cento das alunas responderam que é um direito da mulher solicitar ao parceiro que use preservativo (camisinha). Perguntadas se já haviam feito o teste sorológico para pesquisa do HIV apenas 37% das alunas responderam que sim, mas 79% delas responderam que pretendem fazê-lo no futuro.

152

DISCUSSÃO

A análise dos dados evidenciou que a grande maioria das alunas têm conhecimento das formas de contágio e das práticas que podem prevenir a contaminação com o vírus HIV/AIDS, fornecendo respostas corretas. Houve um pequeno número de respostas incorretas em relação ao contágio sexual, mas esse número subiu consideravelmente quando se tratou de contaminação vertical, principalmente através do leite materno, com cerca de 40% de respostas incorretas. Esse dado preocupa, pois as jovens universitárias podem não estar bem informadas sobre a doença, e deixar de prestar essa informação para parcelas da população com menor escolaridade e acesso aos cuidados de saúde. Na faixa etária pesquisada, além destas mulheres se encontrarem em idade com potencial reprodutivo, elas podem ser agentes de difusão do conhecimento, prestando informações corretas a amigas, parentes e vizinhas, e auxiliando assim na prevenção desta importante forma de contágio.

Sobre a informação acerca do contágio sexual, a literatura mostra que existe uma diferença entre o conhecimento e a adoção das práticas de prevenção. Uma pesquisa mostrou que entre 1.543 mulheres entrevistadas, 64% declararam ser “impossível” ou “quase impossível” adquirir a doença, mostrando que a percepção de risco é uma questão que merece amplo debate entre as mulheres. (SILVEIRA et al., 2002) Sendo assim, percebe-se que apesar das estudantes pesquisadas terem um alto grau de informação, sabemos que elas podem não adotar práticas preventivas contra a infecção por não se perceberem em “risco”, o que pode estar indicado na

pequena porcentagem de estudantes que já fizeram o teste sorológico para o HIV. A literatura evidencia ainda que as mulheres não têm o hábito de utilizar o preservativo (camisinha) nas relações sexuais, principalmente àquelas que mantêm um relacionamento estável e duradouro, e que mesmo estando cientes da importância do seu uso, deixam de lado esse tipo de método preventivo em prol de um casamento onde há fidelidade e confiança no parceiro. (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008)

A valorização das estruturas sociais e culturais vigentes leva as mulheres a não pensarem na prevenção de doenças, mesmo conscientes do seu direito de solicitar que o parceiro use preservativo, alegando afetividade, confiança e segurança em detrimento dos cuidados com a saúde. Analisando o contexto da chamada “feminização” e “heterogenização” da epidemia, alguns autores como Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999) e Maia, Guilhem e Freitas (2008) afirmam em seus estudos que o uso do preservativo masculino ainda é sinônimo de falta de confiança no parceiro e que o papel de negociação, por parte das mulheres, do seu uso significa uma acusação ao parceiro de infidelidade.

Frequentemente, as campanhas sobre as formas de transmissão da AIDS, reiteram que o beijo e o aperto de mãos não transmitem o vírus. Apesar do elevado número de respostas corretas vê-se, nesta pesquisa, que ainda existe dúvida por parte das alunas, no que diz respeito a não contaminação através do beijo na boca, do uso do banheiro ou de picadas de insetos, o que mostra que precisamos ampliar os espaços para debate das questões relacionadas à AIDS e às doenças sexualmente transmissíveis em geral, em todos os níveis, incluindo as universidades, além dos demais espaços da sociedade contemporânea.

A respeito da transmissão vertical, e principalmente do aleitamento materno, percebe-se que ainda é necessário difundir a informação dessa forma de contágio, pois muitas estudantes não sabem que a mulher soropositiva não deve amamentar. A desinformação, aliada às dificuldades socioeconômicas da nossa população e às campanhas em prol do aleitamento materno, pode facilitar a transmissão do vírus entre a mãe e o bebê. A informação sobre a transmissão vertical, ou seja, àquela que se dá da mãe infectada para seu filho, durante a gestação, parto ou aleitamento (BRITO CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001) precisa ser melhor divulgada entre as mulheres e na sociedade como um todo. A necessidade de divulgar informações a respeito da possibilidade de transmissão vertical aumenta quando observamos os dados da pesquisa de Santos e colaboradores (2002), que mostra que mulheres soropositivas mantêm seu desejo reprodutivo, e apenas 40% das 148 pesquisadas referiam adesão total à terapia antirretroviral.

Nos grupos de diálogos acerca do tema com as alunas, percebeu-se que muitas delas não tinham conhecimento sobre o que é a transmissão vertical nem como é possível realizar sua prevenção. Outros autores discutem que muitas mulheres desconsideram a possibilidade de exposição ao HIV/AIDS, a maioria das vezes por serem casadas e saudáveis, mantendo a ideia que o relacionamento estável protege ou imuniza. (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004) Essas questões aqui discutidas podem estar implicadas no aumento do número de casos entre mulheres.

O Ministério da Saúde tem como meta a redução da transmissão vertical para menos de 2% em todo país, até 2015 (BRASIL, 2011), sendo importante o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante para a diminuição da transmissão vertical. O teste laboratorial para detecção de anticorpos anti-HIV deve ser parte dos exames solicitados no início do pré-natal, possibilitando o aconselhamento e tratamento da gestante.

154

Essa iniciativa do governo, de diminuir o número de casos de bebês infectados pelo vírus, através da Transmissão Vertical, se torna eficaz na medida em que haja por parte dos profissionais um preparo no manejo dessas ações. O exame rápido do HIV muitas vezes é considerado rotina nas unidades de saúde onde são oferecidos e os profissionais que atuam nesses serviços nem sempre presta o devido atendimento às gestantes, fazendo com que a proposta de aconselhamento pré e pós-teste, preconizada pelo programa, não produza os resultados esperados. (FONSECA; IRIART, 2012)

O aconselhamento na realização do teste anti-HIV às gestantes independe do resultado positivo ou negativo para o vírus. O objetivo do aconselhamento é prestar assistência adequada, orientando-as quanto às formas de prevenção e proteção contra a transmissão do vírus, chamando a atenção ao aleitamento materno. Segundo Marques e colaboradores (2009), ao aconselhar as mulheres sobre o aleitamento materno, muitas vezes os profissionais baseiam-se no modelo biomédico e mecanicista, dispensando, assim, os aspectos culturais e sociais da prática de amamentação. A precariedade na assistência perinatal é fator responsável pelo aumento do número de casos pela via da transmissão vertical.

Em relação à transmissão vertical, o cuidado referente à amamentação, no momento do aconselhamento, deve ser redobrado por parte dos profissionais. O sentido da amamentação para as mulheres é muito mais profundo e intenso e, por vezes, elas deixam de seguir as orientações, mesmo sabendo dos riscos. Por isso, é importante que o aconselhamento às gestantes seja prestado de forma integral e contínua.

Parker e Camargo Jr (2000) levantam ainda a questão da “pauperização” da epidemia, com o acometimento de indivíduos de menor escolaridade e renda, fazendo das mulheres pobres um grupo de vulnerabilidade extrema.

Sendo assim, é preciso que essas gestantes sejam vistas a partir da sua história e do meio que a determina. Se pensarmos que essas mulheres têm um número elevado de filhos, escolaridade baixa e assistência à saúde precária, percebemos claramente a necessidade de discutir de forma mais profunda a vulnerabilidade feminina entre profissionais e gestores da saúde.

A nossa análise quantitativa demonstrou que poucas jovens já haviam feito o teste sorológico para o HIV. No grupo de diálogo entre as alunas, elas também não haviam realizado o exame sorológico. Outra questão levantada no grupo de diálogo foi a falta de informação que as alunas têm, e os estudantes de modo geral, acerca dos locais de atendimento e dos laboratórios que realizam o teste para o HIV/AIDS. Possivelmente poucas mulheres se acreditam em risco da doença, o que leva a uma baixa procura pelo exame. A questão cultural, relacionada à afetividade e confiança no parceiro, pode estar envolvida, mas também a dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde precisa ser lembrada.

155

Nossa pesquisa conta ainda com um número pequeno de entrevistadas e ainda precisa explorar as motivações das respostas através da ampliação dos grupos de diálogo. Sendo assim, com a análise dos resultados percebe-se que ainda existe algum grau de desinformação entre as estudantes universitárias, principalmente no que concerne à transmissão vertical. Porém, de forma geral, as mulheres se encontram informadas a respeito da transmissão e prevenção do vírus, cabendo estudarmos, no futuro, a relação entre o conhecimento e as práticas de prevenção adotadas pelas jovens universitárias.

Num outro estudo similar a esta pesquisa, observou-se que, em relação às formas de transmissão e prevenção do vírus, as jovens de uma universidade privada do interior de São Paulo detêm um conhecimento compatível com seu grau de escolaridade, porém, assim como foi relatado nesta análise, existe uma distância entre o conhecimento e a prática em relação ao comportamento frente ao HIV/AIDS. (CANO et al., 2007) Os autores apontaram que as jovens têm um comportamento sexual que aumenta a vulnerabilidade feminina em relação ao vírus, pois apenas 1,6% das estudantes fazem uso do preservativo feminino, alegando, dentre outros aspectos, que desconhecem o modo de seu uso, apontando ainda para questões culturais que estão enraizadas no conhecimento sobre o próprio corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao aumento proporcional do número de casos de HIV/AIDS entre mulheres e crianças no Brasil, é importante discutir de forma

interdisciplinar as questões socioeconômicas e culturais que certamente permeiam a prevenção de doenças sexualmente no geral, e da AIDS em particular, considerando que é indispensável conhecer o que nossa população pensa e sabe sobre essa síndrome, para que assim seja possível planejar, de forma mais eficaz, as ações de saúde.

Muitos avanços já foram obtidos no diagnóstico e no tratamento da AIDS, e esses benefícios podem chegar a um número maior de indivíduos, se houver a difusão do conhecimento e a melhoria nas ações de educação e das práticas profissionais de saúde. Nesse sentido, cabe também aos profissionais de saúde, exercer práticas que contribuam para a mudança do comportamento frente ao HIV, principalmente em se tratando das mulheres em estado de vulnerabilidade no cenário da “feminização” da epidemia.

156

Considerando a importância de saber o quanto nossa população, e em especial as alunas participantes deste estudo, pensam e sabem sobre essa síndrome, a experiência do grupo de diálogo com as estudantes, através da atividade de extensão “AIDS: educar para desmitificar”, colaborou com o presente estudo. A aproximação com a realidade de vida dessas jovens, através das diversas discussões, troca de experiências e de opiniões, propiciou um ambiente onde foi possível discutir coletivamente aspectos relacionados às formas de prevenção e contaminação do vírus, configurando, assim, um espaço de difusão de conhecimento e de informações, possibilitando o retorno dos dados coletados pela pesquisa aos seus participantes. Além disso, a realização dessas atividades em grupo serviu como forma de retribuição à comunidade acadêmica pela sua participação efetiva na produção do conhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Diminui taxa de transmissão vertical do vírus da aids*. Brasília, DF, 4 nov. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2011/diminui_taxa_de_transmissao_vertical_do_virus_da_aids>. Acesso em: 28 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Questionário para avaliação de programas de prevenção das DST/AIDS*. [S.l.] 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/141questionario>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

CANO, M. A. T. et al. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [Goiânia], v. 9, n. 3, p. 748-758, set./dez. 2007.

OLIVEIRA, V. de C.; REZENDE, D. S. B. Comunicação, mulheres e aids: a visibilidade e o seu reverso//Communication, womenand AIDS: visibilityand its reverse. *Dispositiva*, [Belo Horizonte], v. 1, n. 2, p. 147-159, 2012.

FONSECA, P. de L.; IRIART, J. A. B. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática, *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 395-407, abr./jun. 2012.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, abr. 2008.

MARQUES, E. S. et al. Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-455, 2009.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 321-333, 2009.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, p. 12-23, 2002. Suplemento 4.

SILVEIRA, M. F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 89-102, 2000. Suplemento 1.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 369-379, abr./jun., 1999.

ZANCAN, Lenira Fracasso. *Dilemas morais nas políticas de saúde: o caso da AIDS: uma aproximação a partir da bioética*. 1999. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

SUSTENTABILIDADE E JUVENTUDES: UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA INTERDISCIPLINAR

MILSON DOS ANJOS BATISTA
ADRIANA MIRANDA PIMENTEL

INTRODUÇÃO

Sustentabilidade e interdisciplinaridade são noções centrais em uma pesquisa que surgiu de uma parceria entre o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), e os Centros de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas (CCAAB) e de Artes, Humanidades e Letras (CAHL), ambos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

A pesquisa tem como participantes os jovens da Reserva Extrativista do Iguape, especificamente de duas comunidades quilombolas, Santiago do Iguape e São Francisco do Paraguaçu, situadas no município de Cachoeira, na Bahia. Trata-se de uma pesquisa que busca não apenas conhecer os jovens – quem são, o que fazem, que percepção têm do lugar onde vivem, mas também prever a realização de ações coletivas que contribuam com um modo sustentável de viver neste lugar. As instituições universitárias

que abrigam este estudo, na verdade, apenas ancoram a pesquisa, pois para dar conta da complexidade do fenômeno que está em questão, é necessário muito mais do que agregar entidades e campos do saber.

Há algo que nos move para este lugar: um processo lento e gradual de transformação dos modos de vida locais que têm afetado a vida das pessoas. Este capítulo surge, assim, de uma inquietação, das reflexões que ocorrem no desenvolvimento da pesquisa, no encontro com-os-outros deste lugar. Estes outros são muitos como, por exemplo, estudantes de diferentes formações, ditas disciplinares e/ou interdisciplinares; pesquisadores com trajetórias distintas e em geral de formações disciplinares, cujos campos de conhecimento apresentam-se consolidados; dos jovens, também estudantes, mas ditos das comunidades; dos outros que povoam nossos pensamentos ao propormos uma pesquisa desta natureza. É nesse contexto de diversidade que este ensaio busca apresentar a experiência de nossa pesquisa interdisciplinar.

160

A Reserva Extrativista Marinha da Baía do Iguape (Resex do Iguape) e a Área de Proteção Ambiental da Baía de Todos os Santos (APA da BTS) formam um mosaico de Unidades de Conservação (UCs) da Categoria de Uso Sustentável. Esta categoria de UC preconiza o uso sustentável dos recursos naturais renováveis; a promoção da qualidade de vida, a proteção de ambientes de valores paisagísticos, estéticos, cujos serviços ambientais prestados são essenciais para a promoção do bem-estar e, também, para a proteção dos meios de vida e da cultura das populações nativas. A Resex do Iguape localiza-se nas águas da Baía de Todos os Santos, entre os municípios de Maragogipe, São Félix, Saubara e Cachoeira. (BRASIL, 2000) Abrange terrenos de manguezais e águas internas brasileiras, gerando, assim, um paradoxo, pois a poligonal da UC abarca, exclusivamente, áreas marinhas e de manguezais, ambientes nos quais não há população residente. No entanto, para a pesquisa, o conceito de Resex engloba a área geográfica do entorno, na qual residem, aproximadamente, 30 comunidades extrativistas e tradicionais que, historicamente, utilizam os recursos naturais desse espaço territorial.

Essas comunidades são, majoritariamente, compostas por afrodescendentes que têm uma relação histórica com o uso dos recursos naturais e conservam técnicas e processos centenários na utilização desses recursos. As principais atividades produtivas dessa região provêm da pesca nas águas abrigadas da Baía de Todos os Santos, da coleta de mariscos nos manguezais e do extrativismo vegetal, em especial de fibras de piaçava (*Attaleafunifera*) e da pequena agricultura nos ambientes terrestres no entorno da Baía.

Esta pesquisa objetiva conhecer a realidade local do ponto de vista dos jovens moradores da Resex. Interessa-nos conhecer a vivência desses

jovens, visando compreender: quem são esses sujeitos e atores sociais; que sentidos e significados atribuem à Reserva; como fazem uso dos espaços e recursos disponíveis; de que modo participam e atuam na dinâmica social local; que perspectivas apresentam para o futuro, assim como para as comunidades nas quais estão inseridos. Aprender as disputas materiais e simbólicas em curso a partir das perspectivas juvenis e dar voz a estes sujeitos é fundamental na construção de propostas consistentes de desenvolvimento sustentável. Uma das questões centrais para o desenvolvimento sustentável é que os sujeitos façam uso das diferentes formas de participação existentes e construam possibilidades concretas de enfrentamento às situações que se apresentam.

Nesse sentido, a pesquisa que conjuga atividades investigativas com ações de intervenção está sendo desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, que atuará de forma conjunta em todas as fases da pesquisa, que compreendem estudo exploratório, diagnóstico socioambiental e mapeamento das demandas, além do desenvolvimento de um plano de ação participativo. Desse modo, pretende contribuir para o fortalecimento da participação e *empowerment* da comunidade, e fomentar práticas de uso sustentável dos recursos naturais. O conceito/estratégia *empowerment* constitui aspecto central da Promoção da Saúde e, neste estudo, compreende a diversidade de atores e interesses envolvidos em determinados territórios e com níveis diferenciados de poder. Neste caso, o uso dos recursos naturais disponíveis irá refletir nas tomadas de posição, nas diferentes formas de participação e nos conflitos existentes. Para Carvalho (2004), os processos de *empowerment* implicam na redistribuição de poder entre os diferentes grupos e na resistência, à medida que estes grupos perdem poder. Com isso, tanto a proposta de investigação quanto a de intervenção contemplam a participação efetiva das pessoas envolvidas com suas comunidades e de formas diferenciadas de organização e controle sobre a vida e a saúde.

A década de 1970 é marcada por movimentos que ocorreram em diferentes âmbitos e setores da sociedade. Por exemplo, no campo da saúde, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, foi um importante fórum de discussão para se pensar a saúde, não pela via da doença, ou da clínica, mas a partir dos determinantes sociais que condicionam os modos de vida de diferentes grupos populacionais. (BRASIL, 1996) A estratégia cidades/municípios saudáveis propõe uma ampla discussão com os setores governamentais e a sociedade civil, cujo desafio é a qualidade de vida nas cidades. (WESTPHAL, 2000) A discussão sobre a qualidade de vida, tal como ela é trazida pelos documentos acima, se afina ao que está preconizado em outros documentos e reafirma a necessidade de se pensar os sujeitos a partir dos seus contextos de vida e pelo modo

como estes sujeitos efetivamente estão envolvidos nos processos de transformação social.

Reconhecendo os jovens como sujeitos potenciais de transformação social, a proposta de natureza interdisciplinar contempla atividades de pesquisa, ensino e extensão, envolvendo moradores das comunidades e estudantes de diversos cursos de graduação das instituições executoras. Por outro lado, a promoção de ações voltadas para o uso racional dos recursos naturais possibilita um diálogo com políticas públicas voltadas à gestão do espaço territorial, à proteção da biodiversidade e à valoração dos serviços ambientais prestados pelos ecossistemas locais. Dessa forma, fornecerá subsídios para a gestão das UCs criadas com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável: APA da BTS e da Resex do Iguape.

162

Em síntese, por meio dos olhares juvenis, a pesquisa visa, a partir do conhecimento da realidade local em que vivem as populações da Resex do Iguape, promover e potencializar a melhoria da qualidade de vida, proporcionar o diálogo entre as diversas esferas de competência e poder que atuam no território desta unidade, ao tempo em que amplia os horizontes de possibilidades emancipatórias dos jovens, aproximando-os das instituições universitárias situadas nesta área de abrangência. Esses objetivos estão diretamente vinculados ao conceito moderno de Promoção da Saúde, como sugere Buss (2000, p. 165), que “[...] propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”.

PELA SUSTENTABILIDADE DA RESEX DO IGUAPE

A sustentabilidade adotada como diretriz desta pesquisa atende ao conceito de desenvolvimento sustentável, preconizado pela Comissão Mundial do Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas. Assim, desenvolvimento sustentável é aquele que atende às necessidades do presente, sem comprometer as possibilidades de as gerações futuras atenderem às suas próprias. (IBAMA, 2000) Entendemos que esta sustentabilidade é compreendida aqui como Sustentabilidade Ecológica, Sustentabilidade Ambiental, Sustentabilidade Social, Sustentabilidade Política, Sustentabilidade Cultural e Sustentabilidade Econômica. A premissa básica da pesquisa é de que a mesma será implementada com a participação dos diferentes atores sociais, conforme preconiza a Agenda 21 Brasileira (IBAMA, 2000), ainda mais se consideramos ser esse um território de caráter especial, pois abrange duas UCs de uso sustentável: APA Baía de Todos os Santos e Resex do Iguape, ambas envoltas com populações tradicionais.

A Resex do Iguape foi criada para assegurar o acesso sustentável aos recursos naturais renováveis, por essas populações e comunidades extrativistas tradicionais que habitam seu entorno. (BRASIL, 2000) Esse modelo de Resex nasceu na região Amazônica no Acre para atender à urgente demanda de comunidades tradicionais extrativistas para assegurar a manutenção da integridade de ecossistemas terrestres especialmente voltados à manutenção de recursos florestais não madeireiros (castanha-do-pará e seringa), sendo esses recursos vitais tanto para sua sobrevivência quanto para assegurar seu modo de vida. A Reserva do Iguape, criada em 2000, foi a primeira unidade dessa categoria na Bahia,. Surgiu para atender à demanda por proteção dos manguezais e dos remanescentes de Mata Atlântica que as comunidades tradicionais, situadas na Baía de Todos os Santos, utilizam para extrair recursos pesqueiros e de origem vegetal, especialmente piaçava (*Attaleafunifera* Mart). Na Bahia a Mata Atlântica e seus ecossistemas associados – em virtude da presença de polos industriais, derramamentos de petróleo, saneamento urbano, ocupação desordenada e empreendimentos turísticos em áreas de ocupação irregular –, vêm sofrendo constantemente uma série de ameaças à sua integridade. (BATISTA; TIMMERS; CUNHA, 2006) A Resex foi criada para assegurar a integridade desses ecossistemas, que são a principal fonte de proteína representada pela retirada de mariscos, a manutenção dos serviços ambientais e a conservação e uso da biodiversidade local. No entanto, a integridade dos manguezais vem sendo ameaçada pela implementação de empreendimentos que vão de encontro à existência da Resex. Recentemente, a poligonal desta UC foi alterada sem que houvesse uma ampla discussão e participação das comunidades afetadas neste processo, visando atender unicamente à demanda do Governo Federal para implantação de um polo naval no Estado da Bahia, em área ocupada por manguezais. (PROST, 2010; RIGUEIRA, 2013)

Esses conflitos, presentes na Resex, se reproduzem em escala global. Atendendo ao convite da Organização das Nações Unidas (ONU), um grupo de 1.350 cientistas de 95 países produziu, entre os anos de 2001 a 2005, o diagnóstico mais completo já realizado sobre a saúde dos ecossistemas terrestres e de sua relação com a manutenção da vida humana: a Avaliação Ecosistêmica do Milênio. (MILLENNIUM ECOSYSTEM ASSESSMENT, 2005) Os resultados desse estudo são dramáticos: quase dois terços dos chamados serviços ambientais estão em declínio acelerado e a capacidade do planeta de fornecer peixes, água doce, reciclar nutrientes do solo, produzir alimentos, minimizar o impacto de desastres naturais e controlar o clima local está comprometida. As alterações ocorridas nos ecossistemas nos últimos 50 anos estão provavelmente aumentando o risco de

mudanças abruptas, como explosão de epidemias, a eutrofização de águas costeiras e mudanças climáticas regionais, induzidas pelo desmatamento generalizado que vem ocorrendo nas florestas, especialmente na região dos trópicos úmidos. Nesse sentido, a ONU preconiza como urgente a tomada de decisão de organismos e instituições públicas e privadas, bem como de entidades da sociedade civil, na busca de modelos estabelecidos em base científica, que fundamentam ações necessárias para assegurar a conservação e o uso sustentável dos ecossistemas, bem como suas contribuições para o bem-estar humano. Os efeitos negativos da degradação dos serviços dos ecossistemas – constante diminuição da capacidade que um ecossistema tem de fornecer serviços – têm recaído de forma desproporcional sobre as populações mais pobres, o que tem contribuído para o aumento das desigualdades e disparidades entre diferentes grupos da população, sendo às vezes o principal fator gerador de pobreza e conflitos sociais.

A degradação dos serviços dos ecossistemas constitui uma enorme barreira para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio até 2015. Essas metas foram adotadas pelas Nações Unidas em 2000 e visam melhorar o bem-estar humano pela redução da pobreza, fome e mortalidade infantil e materna, pela garantia da educação para todos, pelo controle e gestão de doenças, pela superação de diferenças de gênero, pela garantia de sustentabilidade ambiental e pelo estabelecimento de parcerias globais. (MILLENNIUM ECOSYSTEM ASSESSMENT, 2005) É nessa linha que se filia a pesquisa atual.

Como exemplo, um desses serviços ambientais, a polinização, é considerado um dos processos ecológicos chave para a manutenção da biodiversidade e, conseqüentemente, para assegurar a vida no planeta. (RAMALHO; BATISTA, 2005) Os serviços de polinização, realizados pelas abelhas nos ecossistemas terrestres, representam globalmente serviços da ordem de 65 a 70 bilhões de dólares. (KEVAN; IMPERATRIZ-FONSECA, 2002; ROUBIK, 1995) As abelhas sociais Meliponini são o grupo de abelhas mais abundantes na região tropical, especialmente nas florestas úmidas. Na Mata Atlântica, essas abelhas predominam numericamente sobre os demais polinizadores, especialmente no dossel, onde se concentram na copa de árvores com floradas maciças. Esse grupo, no entanto, sofre extrema ameaça em virtude do desmatamento e da fragmentação de habitats a que estão submetidas as florestas tropicais (BROWN; ALBRECHT, 2001) e, em particular, as remanescentes de Mata Atlântica no estado da Bahia. (BATISTA, 2002; BATISTA, 2003a; BATISTA; TIMMERS; CUNHA, 2006)

O manejo de colônias silvestres de abelhas sociais, por criadores rústicos que buscavam obtenção de mel, se desenvolveu largamente no continente americano, em especial em áreas florestais. Na Mata Atlântica, essa

relação tem forte vínculo cultural e essa prática é revestida de mitos e uma tradição empírica, que é transmitida de forma oral. Os efeitos deletérios da perda de habitats vêm causando a extinção local de várias espécies de abelhas e essa tradição vem sendo perdida. (BATISTA, 2003b) Na Resex do Iguape, a criação racional dessas abelhas (Meliponicultura) representa uma grande oportunidade de geração de renda para pequenas comunidades rurais, sobretudo em comunidades tradicionais e extrativistas, que praticam agricultura de subsistência. (CORTOPASSI-LAURINO et al., 2006; SLAA et al., 2006; VENTURIERI, 2006) Descortinar esse território tão próximo e tão desconhecido com uma biodiversidade extraordinária é um dos nossos desafios.

165

SUSTENTANDO A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRÁTICA

A pesquisa está sendo desenvolvida por uma equipe interdisciplinar que atua de forma articulada, na tentativa de conhecer a realidade da juventude do Iguape, e utiliza metodologias participativas embasadas em conhecimentos teórico-metodológicos produzidos em diferentes campos do saber científico, em diálogo com os saberes locais. Além da pesquisa propriamente dita, a experiência incorpora a construção e a implementação de propostas de ação voltadas à promoção da saúde e qualidade de vida da população. O conjunto das atividades previstas proporciona a integração do ensino, pesquisa e extensão nas instâncias universitárias executoras da proposta, ao tempo em que aproxima as universidades das comunidades afrodescendentes localizadas no seu entorno, em particular dos jovens – segmento social cujas políticas públicas buscam inserção no ensino superior. Metodologias diversificadas de pesquisa construídas no âmbito da antropologia, sociologia, ciência política, comunicação, ciências biológicas, ciências da saúde e das artes se interconectam nas diferentes fases, numa tentativa de desvendar a vida social dos jovens, moradores das comunidades extrativistas, seus modos de vida, formas de sociabilidade, manifestações artístico-culturais, bem como os sentidos, significados e as práticas de uso dos diversos espaços sociais, naturais e construídos.

A leitura da realidade local acontece pelas lentes dos jovens do lugar, definidos como sujeitos centrais da pesquisa. O conhecimento dessa realidade constitui-se em pano de fundo para a compreensão dos anseios, desejos e expectativas desses jovens em relação ao seu próprio futuro e ao futuro das comunidades nas quais se encontram inseridos. Algumas questões norteiam a execução da pesquisa: como estes jovens percebem, concebem

e fazem uso dos espaços e recursos naturais locais? Qual a importância material e simbólica atribuída aos espaços construídos e aos recursos naturais? O que desejam e almejam para seu futuro? Partindo desses questionamentos, três eixos assumem posições centrais na condução da investigação: a) as percepções e concepções dos jovens sobre as comunidades extrativistas onde residem; b) as relações materiais e simbólicas estabelecidas com os diferentes espaços das comunidades, incluindo nesta categoria os recursos naturais; c) desejos e projetos de vida desses jovens.

166

A pesquisa se constitui em um estudo de caso, cujo foco principal da análise diz respeito aos valores, práticas, percepções e projetos de vida que se apresentam a partir das experiências vividas pelos jovens da Resex do Iguape. Em relação aos sujeitos da pesquisa, convém mencionar que a condição de jovem aqui não será tomada como uma categoria biológica, mas sim como uma categoria que emerge das práticas sociais historicamente construídas, o que é praticamente um consenso nas análises sobre juventude perpetradas pelas ciências sociais.

A pesquisa se desenvolve em três grandes fases distintas e não lineares, que, em alguns momentos, caminham paralelamente: I. Estudo exploratório; II. Diagnóstico socioambiental e Mapeamento das demandas; III. Desenvolvimento do plano participativo. Dada a extensão territorial da Resex e a quantidade de comunidades localizadas no seu entorno, aproximadamente 37 (ZAGATTO, 2011), a pesquisa se realiza com dois recortes específicos: um macro, que compreende toda a Resex do Iguape; e outro micro, focada nas comunidades de Santiago do Iguape e São Francisco do Paraguaçu. A escolha de tais comunidades deve-se às particularidades socioculturais, interesse dos grupos em participar da pesquisa, além de operacionais e de logística, e da presença de remanescentes de Mata Atlântica na área de abrangência dessas comunidades. Uma das linhas da pesquisa de Biodiversidade busca registrar o conhecimento armazenado pela comunidade sobre as espécies locais e os principais usos que fazem destas espécies. Toda a equipe envolvida atua de forma integrada em todas as fases, buscando ampliar as sinergias entre os diversos campos do conhecimento, representando um ganho não só para a pesquisa, mas para a formação acadêmica e profissional da equipe. O projeto conta com a participação de estudantes de diferentes cursos de graduação, de pós-graduação e de ensino médio, envolvidos em propostas que conjugam ensino, pesquisa e extensão.

Na fase exploratória, realizam-se visitas à área, buscando conhecer as comunidades que habitam o entorno da Resex. Foram realizadas algumas visitas em diferentes dias, horários e períodos do ano, nas duas comunidades, nas quais nos deparamos com lideranças dos movimentos sociais e representações ativas das comunidades; conhecemos grupos

artístico-culturais, formados por jovens locais, e participamos de reuniões de grupos religiosos, políticos, esportivos e culturais. Essas visitas e participações têm sido registradas em diferentes meios, tais como fotográficos e impressos, e têm subsidiado nossas reflexões e tomadas de decisão futuras. Parte dessas decisões desencadeou a organização e realização de um curso de extensão (PIMENTEL; BATISTA, 2013) que será descrito adiante.

A Fase II da pesquisa compreende um momento de fundamental importância, na qual buscamos, com base em metodologias diversificadas, conhecer a realidade dos jovens que vivem em comunidades da Reserva Extrativista do Iguape. Como resultado da pesquisa, teremos um diagnóstico socioambiental e o mapeamento das demandas locais, para as quais serão elaboradas propostas de ação articuladas, envolvendo todos os integrantes da equipe e instituições parceiras. A equipe se divide em núcleos debruçados sobre determinados objetivos, que utilizam metodologias adequadas para melhor circunscrever as situações/problemas que desejam estudar. Um núcleo, por exemplo, deverá dedicar-se ao estudo socioambiental da Resex e deverá subsidiar os estudos dos outros núcleos, voltados ao grupo jovem especificamente. Para a apreensão da realidade local nos dois recortes propostos, serão conjugadas técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Para conhecer os sentidos e significados atribuídos pelos jovens às comunidades onde residem, serão realizadas entrevistas aprofundadas com interlocutores-chave identificados na Fase I da pesquisa. Também serão realizadas observações das práticas cotidianas dos jovens nos diferentes espaços em que se situam, por exemplo, grupos artístico-culturais, organizações governamentais e sociais, entre outros, além de oficinas e cursos com os jovens, como mais uma estratégia de investigação.

O núcleo coordenado por pesquisadores das áreas ambientais e biológicas realizará, com base nos dados coletados na Fase I, inventários para caracterizar a biodiversidade local. Esses levantamentos abrangerão o conjunto de ambientes naturais e antrópicos da Resex, especialmente os remanescentes de Mata Atlântica, assim como os espaços construídos. (BATISTA; RAMALHO; SOARES, 2003) A amostragem das abelhas sociais ocorrerá a partir de metodologia padronizada e focará no levantamento de seus ninhos, especialmente aqueles que ocorrem em árvores – principais substratos utilizados como sítios de nidificação destas abelhas. (BATISTA, 2003a) Concomitantemente, serão realizados levantamentos nas comunidades, visando registrar a presença de criadores rústicos de Meliponini (que mantêm as colônias de abelhas em troncos “curtiços”, retirados dos ambientes naturais e mantidos nos beirais das casas), criadores racionais dessas abelhas (Meliponicultores), assim como de “meleiros” – caçadores especializados na localização e coleta de mel, de ninhos dessas

abelhas silvestres. A ação de meleiros é uma atividade predatória, resultando frequentemente na derrubada das árvores onde se encontram os ninhos dessas abelhas, assim como na morte da colônia. Esses meleiros serão um dos alvos prioritários dessa fase da investigação, já que eles detêm um conhecimento detalhado da biologia de algumas espécies, geralmente aquelas que mais produzem mel, ou apresentam mel com características específicas, que o tornam com alto valor de mercado. (BATISTA, 2003a) É importante salientar que esses núcleos, embora utilizem métodos, estratégias e técnicas de pesquisa específicas para alcançar objetivos desejados, estão vinculados a um objetivo comum, que é conhecer a realidade local, especificamente dos jovens da Resex do Iguape, e desenvolver um plano de ação coletivo, pautado por esta investigação prévia.

168

A Fase III é justamente o desenvolvimento do plano de ação, que será construído em paralelo com as atividades do diagnóstico socioambiental. Os resultados parciais, analisados nas fases I e II da pesquisa, subsidiarão a construção do plano, permitindo a identificação de demandas e proposições locais, que nortearão a elaboração de propostas condizentes com os interesses e necessidades dos jovens da comunidade. Assim, como proposta da equipe executora do projeto, salientamos três perspectivas de ação, pelas quais pretendemos desenvolver esse Plano: a) Implantação de Meliponário Comunitário; b) Interação Resex-Universidade; c) Participação e Cultura.

a) Implantação de Meliponário Comunitário

A partir do conhecimento gerado na pesquisa do diagnóstico da biodiversidade de abelhas sociais na região, será implantado um Meliponário comunitário, visando a criação racional dessas abelhas para a produção de mel. Esse Meliponário será uma das estratégias utilizadas para envolver os jovens locais, buscando estimular o aprendizado de técnicas de manejo racional dessas abelhas, ao tempo em que são apresentados conceitos básicos de biologia das espécies, conservação, sustentabilidade e manutenção destas espécies, bem como dos ambientes naturais que circundam e abrangem a Resex. Esse processo valoriza o intercâmbio de saberes, permite o diálogo entre gerações distintas, ajuda a fortalecer os vínculos entre a população local e a biodiversidade, em especial as abelhas sociais, ao tempo em que valoriza o conhecimento gerado *in loco*.

b) Interação Resex-Universidade

Esta perspectiva visa a construção de diferentes atividades de ensino, pesquisa e extensão que estejam situadas e coerentes com os objetivos da

pesquisa e do plano de ação como um todo. Particularmente, as atividades extensionistas devem ser construídas e desenvolvidas em função das demandas, interesses e necessidades dos jovens das comunidades, mas devem, também, considerar a aproximação destes jovens das propostas inovadoras das universidades às quais a pesquisa está vinculada. Desse modo, interessa estreitar relações entre jovens das comunidades extrativistas e jovens universitários; desenvolver práticas de ensino condizentes com os objetivos dos componentes curriculares ministrados pelos pesquisadores e em consonância com as demandas e interesses dos jovens envolvidos no projeto; desenvolver atividades de extensão que partam dos resultados da pesquisa e organizar eventos científicos que aproximem os jovens da Resex das propostas inovadoras das universidades executoras do projeto. O curso de extensão realizado já foi uma das iniciativas desenvolvida e vinculada a essa ação. Além disto, outra pesquisa está em fase inicial e objetiva acompanhar os itinerários dos jovens de comunidades tradicionais e extrativistas, especificamente diferentes percursos e práticas desenvolvidas por jovens que ingressam na universidade.

169

c) Participação e Cultura

Esta proposta visa a criação e desenvolvimento de espaços de interlocução política, social e cultural para jovens das comunidades extrativistas. Nesse sentido, o mapeamento das diferentes formas de participação, organização e de manifestações artístico-culturais dos jovens será fundamental para conhecer o que já existe no local, mas também para fomentar a preservação e criação de novas e diferentes formas de expressão necessárias ao exercício da cidadania e participação social. Nesse processo, o mapeamento desses espaços e manifestações resultará em um registro fílmico e/ou fotográfico dessas expressões, como, por exemplo, a elaboração de um vídeo documentário das manifestações artístico-culturais desses jovens. Além disso, pretende-se também a criação de um ponto de cultura a ser desenvolvido pelos jovens e para uso comum de todos os moradores da Resex.

DIFERENTES SABERES E PRÁTICAS EM DIÁLOGO: A ENTRADA EM CAMPO

Em função da equipe desta pesquisa ser composta por pesquisadores e estudantes de diferentes áreas de conhecimento e com formações distintas, foi planejado um curso de extensão (PIMENTEL; BATISTA, 2013), cuja

finalidade seria: preparação dos pesquisadores e estudantes no reconhecimento do campo da pesquisa e articulação com os jovens das comunidades locais. O Curso foi realizado em Santiago do Iguape, na Igreja matriz, e contou com a participação de diferentes atores, entre eles estudantes de diferentes cursos das duas universidades envolvidas, jovens das comunidades de Santiago do Iguape e São Francisco do Paraguaçu, bem como lideranças e representantes locais.

170 A preparação do curso implicou diversas idas às comunidades para a definição do local e de toda a logística que envolveria sua realização. Essa fase foi importante para que a comunidade e os pesquisadores se conhecessem e para a própria divulgação da atividade, o que refletiu numa maior participação da comunidade. A ideia inicial era contar com 20 jovens de cada comunidade, Santiago do Iguape e São Francisco do Paraguaçu, e 20 estudantes, totalizando 60 pessoas. Para a seleção dos jovens das comunidades contamos com o apoio das escolas e também das lideranças locais. A participação dos estudantes das universidades não se restringiu aos que já estavam engajados na pesquisa, seja como bolsistas ou voluntários, tendo sido franqueada a participação para todos os interessados. Cartazes foram espalhados nos diferentes campi das universidades envolvidas.

A diversidade de olhares, a troca de experiências e de saberes sobre a realidade local foram aspectos marcantes do curso, que reuniu estudantes de diferentes áreas do conhecimento – ciências biológicas, engenharia florestal, geografia, comunicação, ciências sociais, gestão pública, bacharelados interdisciplinares em saúde, humanidades e ciência & tecnologia (UFBA e UFRB), estudantes de graduação de outras universidades e moradores das comunidades, outros jovens do ensino médio, além das lideranças locais e pessoas da comunidade que não se encontravam vinculadas a nenhuma entidade representativa ou a estabelecimentos de ensino, ou seja, pessoas das comunidades com idades e posições sociais diferenciadas.

No primeiro dia, o curso foi aberto para todos os moradores das comunidades, interessados em conhecer o projeto. Os pesquisadores que coordenam os eixos temáticos descritos anteriormente apresentaram a pesquisa e depois foi aberta uma discussão com a comunidade presente. O público local, assim como os estudantes das universidades, se mostraram interessados na apresentação e o debate foi bastante acalorado. O principal foco de discussão encontrava-se relacionado ao retorno que a pesquisa traria à comunidade, pois muitos moradores, particularmente as lideranças e representantes de instituições locais, relataram a insatisfação das comunidades com os diversos projetos que foram desenvolvidos na região. Segundo relatos, muitas pesquisas têm sido feitas nas

comunidades, sem que a população receba qualquer contrapartida, ou mesmo conheça os propósitos e/ou resultados dos estudos. Algumas lideranças locais, inclusive, afirmaram que já haviam alertado as pessoas da comunidade a não darem informações para os que chegam de fora, interessados ou não em realizar pesquisas. Também se queixaram da falta de respeito de pesquisadores, pois muitos chegam fotografando e inquirindo as pessoas, sem pedir licença, ou sem justificativa sobre o conteúdo e a motivação dos estudos. Nesse sentido, elogiaram a equipe pela realização do curso, que se propunha a discutir o projeto com a comunidade e, sobretudo, pela proposta de realização do plano de ação em parceria com os moradores. O curso também foi percebido como uma contrapartida para a comunidade, em função da relevância das temáticas abordadas. As opiniões expressas, que se confirmaram no fechamento da ação desenvolvida, nos deixaram mais confiantes para a realização do trabalho, com a certeza de que havíamos escolhido o caminho mais adequado.

171

Nos demais dias, ocorreram apresentações com gestores governamentais, palestras e dinâmica de grupo envolvendo temáticas relacionadas ao meio ambiente, ecologia, unidades de conservação e particularidades da Reserva Extrativista do Iguape. Os gestores governamentais, técnicos do Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos – INEMA e do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBIO, realizaram exposições sobre a gestão das Unidades de Conservação (UCs) e sobre o processo de reconhecimento, delimitação e titulação dos territórios e comunidades quilombolas pelas esferas estadual e federal.

No debate que seguiu às apresentações, questões importantes relacionadas aos conflitos pelo uso do território por diferentes atores sociais emergiram, reforçando a importância da mediação desses conflitos e de uma maior informação por parte da população local sobre questões que afetam diretamente o seu cotidiano e, inclusive, colocam em risco a manutenção das comunidades. Uma dessas questões centrais que emergiram desses debates foi a alteração da poligonal da Resex, retirando de sua área porções significativas de florestas de manguezais e incorporando novas comunidades que estão em processo de titulação e reconhecimento como comunidades quilombolas, sem que estas fossem ouvidas. As pessoas da comunidade revelaram-se inseguras por desconhecer as implicações dessa nova realidade: o que é melhor, que seu território seja reconhecido como quilombo ou área da Resex? Essa situação é exemplar da falta de articulação entre políticas públicas e dos conflitos daí recorrentes, em especial quando temos, sobre esse território ocupado e utilizado de forma tradicional e sustentável por comunidades que aí residem há décadas, novos empreendimentos que visam simplesmente implementar uma nova

lógica de desenvolvimento econômico, que ignora as práticas e saberes tradicionais, como também os sujeitos que vivem nesse território.

Acreditamos que a contribuição da pesquisa passe por questões como essa, uma vez que um de seus objetivos é contribuir com o desenvolvimento sustentável das comunidades, o que pressupõe a autonomia e soberania das pessoas do local na determinação do uso e ocupação de seu território e em todas as decisões que afetam os modos de vida das populações que atualmente habitam esses espaços, e das gerações futuras.

Finalizando, é importante acrescentar as contribuições resultantes desde que realizamos este Curso e efetivamente iniciamos a pesquisa na Resex. Uma delas refere-se ao mapeamento e análise das práticas artísticas de uso dos recursos naturais e culturais desenvolvidas por jovens de Santiago do Iguape. O acompanhamento e registro sistemático dessas práticas tem permitido a identificação dos diversos modos de fazer e produzir coisas, através dos grupos de samba de roda, quadrilhas, bandas de música, balé folclórico, capoeira, entre outras manifestações. Outra contribuição está na identificação dos recursos naturais e como estes têm sido apropriados pelos jovens nas atividades laborativas, bem como nas práticas de lazer e sociabilidade, levando em conta as questões de gênero e geração experimentadas por eles nas comunidades locais.

Todo o processo de mapeamento dos grupos e práticas juvenis, registro das observações e acompanhamento sistemático, entrevistas com interlocutores-chave na comunidade, bem como atividades de campo destinadas ao reconhecimento dos ambientes e recursos naturais e aspectos histórico-culturais da pesquisa como um todo, tem contribuído para uma formação mais ampliada dos pesquisadores e estudantes envolvidos. Além disto, os diferentes itinerários formativos destes estudantes e pesquisadores, em função da proposta de formação nos Bacharelados Interdisciplinares da UFBA, favorece um olhar diferenciado para a complexidade do objeto em questão.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, M. dos A. Abelhas na Mata Atlântica: um patrimônio ameaçado. *INFOMAPAS-Bahia*, Salvador, v. 1, n. 3, 2002.
- BATISTA, M. dos A. *Distribuição e dinâmica espacial de abelhas sociais Meliponini em um remanescente de Mata Atlântica (Salvador, Bahia, Brasil)*. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003a.

BATISTA, M. dos A. Abelhas sociais na Mata Atlântica e a população humana local: uma tradição em vias de extinção. In: CONGRESSO DE ECOLOGIA DO BRASIL. 6., 2003. Fortaleza. *Anais...* Fortaleza: Sociedade de Ecologia do Brasil, 2003b. p. 324-326.

BATISTA, M. dos A; TIMMERS, J. F; CUNHA, R. P. P. Os Estados da Mata Atlântica - Bahia. In: CAMPANILI, M.; PROCHNOW, M. (Org.). *Mata Atlântica: uma rede pela floresta*. Brasília: Rede de Ongs da Mata Atlântica. 2006. p.129-141.

BATISTA, M. dos A.; RAMALHO, M.; SOARES, A. E. E. Nesting sites and abundance of Meliponini: Inheterogeneous habitats in the Atlantic rain forest, Bahia, Brazil. *Lundiana*, Belo Horizonte v. 4, n. 1, p. 19-25, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: carta de Otawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Bogotá*. Brasília, 1996.

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 11 de agosto de 2000. Cria a Reserva Extrativista Marinha da Baía do Iguapé, nos Municípios de Maragogipe e Cachoeira, Estado da Bahia, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago. 2000. Seção 1, p. 3.

BROWN, J. C.; ALBRECHT, C. The effect of tropical deforestation on stingless bees of the genus *Melipona* (Insecta: Hymenoptera: Apidae: Meliponini) in central Rondonia, Brazil. *Journal of Biogeography*, Oxford, v. 28, n. 5, p. 623-634, May 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CORTOPASSI-LAURINO, M. et al. Global Meliponiculture: challenges and opportunities. *Apidologie*, Versailles, v. 37, p. 275-292, 2006.

IBAMA. *Gestão dos recursos naturais: subsídios à elaboração da agenda 21 brasileira*. Brasília, DF: Edições IBAMA, 2000.

KEVAN, P. G.; IMPERATRIZ-FONSECA, V. L. (Ed). *Pollinating bees: the conservation link between agriculture and nature*. Brasília: Ministry of Environment, 2002.

MILLENNIUM ECOSYSTEM ASSESSMENT. *Ecosystems and human well-being: biodiversity synthesis*. Washington: World Resources Institute, 2005.

PIMENTEL, A. M.; BATISTA, M. dos A. Sustentabilidade e reservas extrativistas. Curso de Extensão n. 5820. Pró-Reitoria de Extensão. Universidade Federal da Bahia. set. 2013.

PROST, C. Resex marinha versus polo naval na Baía do Iguape. *Novos Cadernos NAEA*, Belém, v. 13, n. 1, p. 47-70, 2010.

RAMALHO, M.; BATISTA, M. dos A. Polinização na Mata Atlântica: perspectiva ecológica da fragmentação In: FRANKE, C. R. et al. (Org.). *Mata Atlântica e biodiversidade*. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 93-141.

RIGUEIRA, D. M. G. Redução do desmatamento: o que comemorar? *Ciência Hoje*, São Paulo, v.302, n.1, p. 54-55, 2013.

ROUBIK, D. W. *Pollination of cultivated plants in the tropics*. Roma: FAO, 1995.

SLAA, E. J. et al. Stingless bees in applied pollination: practices and perspectives. Reviewarticle. *Apidologie*, Versailles, v. 37, n. 2, p. 293-315, 2006.

174

VENTURIERI, G. C. Conservação e geração de renda: meliponicultura entre agricultores familiares da Amazônia Oriental. In: ENCONTRO SOBRE ABELHAS. 7., 2006. Ribeirão Preto. *Anais Eletrônicos...* Ribeirão Preto: FFCLRP-USP, 2006.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 39-51, 2000.

ZAGATTO, B. P. “*Eu sou marisqueira, lavradora e quilombola*”: uma análise do processo de construção da identidade nas comunidades rurais do Guai, Maragogipe, Bahia. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

A PERCEPÇÃO DE MULHERES PORTADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO SOBRE O ADOECIMENTO COMO UMA EXPERIÊNCIA TRANSGERACIONAL

UELMA CRISTIANE SILVA LEITE

MÉRCIA GOMES DÓREA

VLÁDIA JAMILE DOS SANTOS JUCÁ

INTRODUÇÃO

No final dos anos 70, teve início no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica movido pela insatisfação dos trabalhadores de saúde mental com suas condições laborais, bem como pela indignação perante o modo pelo qual os pacientes eram tratados. O movimento ganhou fôlego e adotou com seu foco a desconstrução do modelo manicomial e a sua substituição por uma rede de atenção de base territorial. (TENÓRIO, 2002)

Da década de 70, mudanças significativas foram operadas na assistência e muitos temas vieram à tona, em especial a luta pelos direitos e pela cidadania dos portadores de sofrimento psíquico intenso. No entanto,

ainda há muito o que se aprimorar em termos de rede e de garantia efetiva de implementação dos direitos assegurados por lei. Por outro lado, algumas questões permaneceram pouco trabalhadas e, dentre elas, está o exercício da parentalidade por parte dos que carregam consigo o estigma da “loucura”.

Diante dessa lacuna e no contexto de uma pesquisa maior, através da qual se abordou a experiência da maternidade em mulheres com sofrimento psíquico, um dos objetivos foi analisar se e como as entrevistadas incluíam, em sua história de adoecimento, a enfermidade como elemento transgeracional que as ultrapassou, através de um contexto familiar que envolvia tanto seus ascendentes como seus descendentes. Apresentamos, a seguir, os resultados desse recorte e, com tal intuito, esclarecemos que estamos pensando a transgeracionalidade como uma transmissão de padrões de relacionamentos familiares que se repetem de uma geração a outra. (SILVA; DUTRA, 2010)

Outro modo de abordar a questão se traduz através do conceito apresentado por Silva (2013), autora de orientação psicanalítica, que nos fala sobre a herança psíquica como sendo um fator de extrema relevância na experiência clínica. A autora destaca ainda que a referida herança seria tema central na psicanálise, cujo fundador coloca como um dos eixos de estruturação do sujeito o Complexo de Édipo, no qual claramente os dramas se atualizam com o passar das gerações. Segundo a autora: “A transmissão psíquica, para Freud, envolve a questão do sujeito com sua herança psíquica, social, religiosa e cultural, mas também a descoberta do complexo de Édipo e tudo que daí deriva”. (SILVA, 2013, p. 20)

A autora acima destacada nos auxilia ainda na reflexão sobre esse elemento transgeracional, traduzido pela herança psíquica, remontando ao texto freudiano “Totem e Tabu”, publicado originalmente em 1913, no qual se faz uma distinção entre:

[...] a transmissão por identificação aos modelos parentais (história do indivíduo) da transmissão genérica constituída por traços mnemônicos das relações com as gerações anteriores (pré-história do indivíduo). Na pré-história inclui-se a transmissão dos objetos perdidos, enlutados, fatos congelados, enigmáticos, sobre os quais não houve uma elaboração, um trabalho de simbolização. (FREUD, 1913 apud SILVA, 2013, p. 30)

Isso quer dizer que as questões transgeracionais operam tanto pela relação do sujeito com seus cuidadores primordiais e as identificações que dela derivam, quanto pela relação com o que se transmite pelo silêncio e pelos não ditos que pairam sobre a família e têm seus efeitos na

constituição de um novo sujeito. Há, também, que se considerar que “[...] o inconsciente de cada indivíduo leva a marca, na sua estrutura e nos seus conteúdos, do inconsciente de um outro, e, mais precisamente, de mais de um Outro”. (KAËS, 1998, p. 14) Além disso, e dessa forma, o material da vida psíquica é algo que se torna passível de ser transmitido, no interior de uma família, entre e intergerações.

Essa modalidade de transmissão psíquica, que é tema dessa reflexão teórico-clínica, envolve a transmissão de um material psíquico que pode não beneficiar a geração seguinte, porque está em “suspensão”, num estado em que não há a possibilidade de elaboração de seus conteúdos, no sentido de vir a favorecer o surgimento de transformações criativas ao longo do processo de subjetivação geracional, fato que fica exposto na literatura:

Nessas circunstâncias, os conteúdos psíquicos dos filhos estarão marcados pelo funcionamento psíquico dos avós, ou de outros ascendentes, que eles podem não ter conhecido, mas cuja vida psíquica marcou de forma traumática seus próprios pais. Este tipo de transmissão é considerado alienante e não-estruturante, impedindo a singularização do herdado, pois ela se impõe em estado bruto aos descendentes. (TRACHTENBERG et al., 2005, p. 169)

A partir disso, buscou-se, com este estudo, conhecer elementos transgeracionais identificados por seis mulheres, com histórico de transtorno mental diagnosticado, como sendo relevantes em suas respectivas trajetórias; a metodologia utilizada foi pautada na história de vida. O grupo de pesquisa, coordenado pela professora Vlândia Jucá, integrava alunos do curso de psicologia e do bacharelado interdisciplinar, criando uma situação de intercâmbio de alunos com experiências diversas, o que se mostrou extremamente fértil.

A interação com as entrevistadas foi iniciada através de uma abordagem primeira das mesmas, onde a proposta de estudo era apresentada e elas eram indagadas sobre o interesse e disponibilidade em participar. Todas as contactadas se mostraram desejosas em narrar suas histórias, com ênfase na experiência da maternidade, e as entrevistas foram conduzidas em lugares diversos, eleitos pelas mulheres envolvidas na pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. As entrevistadas são identificadas pela sigla E (de entrevistada) com o respectivo número, correspondente à ordem de inclusão no estudo. Para posterior análise, duas categorias foram definidas a posteriori, de acordo com os objetivos da pesquisa, com o aporte da revisão bibliográfica e com o que emergiu a partir dos relatos produzidos por nossas entrevistadas: 1) O sofrimento na família de origem e a maternagem como experiência transgeracional e 2)

Aflições referentes à perpetuação do sofrimento nos filhos. Abordaremos a seguir nossas reflexões articuladas a partir dessas categorias. Antes disso, é importante esclarecer que esta não foi uma pesquisa clínica de base psicanalítica. No entanto, de modo espontâneo, surgiu no relato das mulheres participantes, com muita intensidade, narrativas que situavam seu sofrimento numa perspectiva transgeracional.

O SOFRIMENTO NA FAMÍLIA DE ORIGEM E A MATERNAGEM COMO EXPERIÊNCIA TRANSGERACIONAL

178

A maioria dos estudos encontrados expõe que, em um dado contexto familiar, a justaposição de eventos marcantes aumenta a probabilidade de transmissão emocional de padrões para a geração seguinte. (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; GOMES; ZANETTI, 2009; SILVA; DUTRA, 2010) Por exemplo, as marcas da violência sofridas na infância ficam registradas no psiquismo da criança uma experiência de difícil simbolização que a acompanhará no decorrer de sua vida. Isso fica evidente nas seguintes falas de algumas das entrevistadas:

E4- E vim da família de pais divorciados, eu tinha cinco anos... E havia muita violência doméstica. Assim... Meu pai violentava minha mãe demais, todos os dias, todos os dias. Meu pai e minha mãe um dia resolveram se separar, ela tinha os motivos dela e são fortes o motivo de minha mãe, são muito forte, porque ser chamada de vagabunda todos os dias não é brincadeira não, de tá com um homem todos os dias, não é brincadeira, com doze filhos pra criar, não é brinquedo não. Eu já tinha matado a meu pai há muito tempo, tinha esfaqueado umas trezentas vezes [...]. Eu acho que o histórico meu, com o histórico de pais divorciados nessa situação, eu acho que não tem como o ser humano não ter problema. Eu acho impossível ele não ter problema de carência, de autoestima, de se colocar, de sei lá, de se enxergar, de sonhar, de ser alguém, fica bem complicado pra esses filhos.

E3- “E meu pai era uma pessoa que era alcoólatra e... Eu convivi com essa situação... E eu não sabia, às vezes eu sofria, mas eu não sabia, porque a angústia, porque aquele aperto no coração, não sabia que era angústia, porque queria ficar um pouquinho mais reservada. [...] Pois era... Assim... Um das coisas era que eu tinha um medo que meu pai, todo dia, todo dia de sábado [...] todo dia tinha briga dia de sábado, e eu via o sangue, entendeu? Minha mãe jogava a vassoura, o

que tivesse na mão dela, ela jogava, porque meu pai bebia, né? Então tinha briga...”. (Informação verbal).

Isso posto, percebemos que as entrevistadas vivenciaram com suas famílias de origem várias situações de vulnerabilidade, onde a violência foi um fator importante para o desencadeamento de um sofrimento que remonta a suas infâncias. As relações entre os pais, por vezes, foram retratadas como sendo marcadas por ambivalência, como no relato abaixo em que a entrevistada nos relata que o pai, ao mesmo tempo em que deixava sua esposa (mãe da entrevistada) sobrecarregada com os filhos para criar, cuidava da mesma, em particular, nos momentos de crise que esta apresentava, durante as quais fugia de casa:

E2- Minha mãe é... Eu creio que também era muita pressão na cabeça dela por causa de meu pai, era muita coisa, ela tinha muito filho, muitos problemas. E ela tinha esse problema, esse distúrbio, ela sumia e saía, passava muito tempo fora pela rua. A gente procurava e a achava. Uma vez ela foi se parar até em Aracaju? [...] ah, eu lembro, eu lembro de muito sofrimento. Não aqui dentro de casa, só dela sair sem paradeiro no mundo, isso aí já é um sofrimento pra gente, nós não saber onde ela está. Meu pai botava no jornal pra procurar. A gente pensava que minha mãe não estava viva, sumida assim. (Informação verbal).

179

As situações de conflito familiar, de relações difíceis com a figura materna, em particular, apesar da violência relatada por parte da figura paterna ser também recorrente, aparecem em trechos como os abaixo destacados:

E5- O que mais me chocou foi lidar com essa coisa da rejeição. De minha própria mãe, né. Aí veio a separação, convivi com isso, dos dois, né, sou a primeira. E foi assim, minha irmã com 18 anos também procurou o caminho dela, o outro irmão casou mais cedo, eu acho que cada um procurou uma válvula de escape porque a estrutura familiar já não tinha, assim, aquela coisa, né, de afeto. Até hoje nós somos estranhos no ninho.

E1- Eu sou filha de cigano, de nove filhos eu sou a primeira, a mais velha e a única mulher. [...] Aí quando eu fiz treze anos, painho falou bem assim: “Ô minha filha, você vai ter que... daqui há treze dias, você vai ter que ir embora pra Minas” [...] “por que, painho, eu vou morar lá?”, “Porque seu noivo mora lá. Quando você nasceu a gente disse que você ia casar com o filho de fulano. Você nasceu

prometida.”, “O que é nascer prometida, meu pai?”, “É que seu dote já é vendido.”, Quer dizer, eu já fui vendida. É... A, a, a, a uma família, por isso a questão da violência com mulher tão forte comigo. Eu achei uma violência ter que já ser vendida a um homem, a uma família que eu não conhecia. Eu não sabia nem quem era, com quem eu ia deitar, com quem eu ia fazer amor, porque eu acho que fazer sexo a gente faz até com um cachorro e com o vibrador, mas amor a gente faz com quem a gente ama. (Informação verbal).

180

Nesse último relato, é necessário atentar para o fator cultural, ou seja, por ser filhas de cigano, esta mulher estava destinada a casar na adolescência com um desconhecido, destino do qual ela foge ao fugir com outro homem que se tornaria o pai dos seus dois primeiros filhos. Essa decisão a fez perder o apoio da família de origem.

Para além das diferenças culturais, o modo como fomos maternados deixam marcas que se atualizam em nossas histórias de modos diversos, seja através da repetição, seja através da tentativa dela escapar. (SZEJER; STEWART, 2002) Por exemplo, o relato a seguir veio de uma mulher cuja história é marcada por fugas, durante as quais seus filhos ficam sob os cuidados do seu marido. É interessante pontuar que, segundo a entrevistada, suas fugas são seguidas por retornos, cujo principal motivo seria justamente a dificuldade de se manter longe de sua prole:

E4- Porque minha mãe largou, saiu de casa, né? Ela não tinha destino, não sei, ela saiu assim, sem bagagem, sem nada, né? Eu lembro, porque eu corri atrás dela chorando, ela me deu um empurrão, assim, pra pegar um ônibus comum, eu lembro que era um ônibus comum, tipo assim, ia pra rodoviária, devia pegar um ônibus pra estrada, assim, não sei. E ela tava nos estados assim, que eu já passei de fuga, de sair de casa assim, sem nada mesmo, sem documento, sem nada. [Grifo nosso] (Informação verbal).

Além disso, em seu estudo, KOLBENSCHLAG (1991, p. 77) lembra que “[...] as filhas repetem a vida emocional das mães e a mãe pode cobrar tributo pela dedicação, educação e proteção da filha: pensar igual a ela, agir igual a ela, ser igual a ela e realizar o que ela não conseguiu”. Essa cobrança, explícita ou não, tem impacto na vida psíquica da filha, reforçando assim a dinâmica da perpetuação das características transmitidas pela educação materna, que ultrapassam o âmbito da relação primária mãe-filha e são efetivamente transferidas também para as próximas gerações, fato que fica evidente no discurso abaixo:

E1-“E minha mãe sempre foi muito dura, muito crua comigo, ela nunca foi amiga minha, ela sempre me batia muito. Me pegava, assim, pelo cabelo, me batia, jogava a cabeça na parede e tudo. [...] Eles [filhos da entrevistada] ficavam com muito medo de mim, mas eles ficam quietinhos assim, no sofá, tudo encolhidinho, encolhidinho, pra não me aborrecer. E na mesma da hora eles falavam: “Mainha, ô mainha”. Eles não ficavam com raiva de mim, eles sempre me perdoaram. Eles sempre me perdoam. Porque eles, assim, eu acho que o amor era muito mais do que a dor. Aí depois eles vinham... Eu nunca bati neles pra eles ficarem um dia sem falar comigo. Mainha, ô mainha. E quantas vezes eu bati neles e desmaiei, eu batendo neles e desmaiaava.”. (Informação verbal, grifo nosso).

Nessas circunstâncias, os conteúdos psíquicos dos filhos estarão marcados pelo funcionamento psíquico dos avós, ou de outros ascendentes, que eles podem não ter conhecido, mas cuja vida psíquica marcou de forma traumática seus próprios pais. Esse tipo de transmissão dificulta a simbolização e ressignificação do herdado, pois ela se impõe em estado bruto aos descendentes. (TRACHTENBERG et al., 2005) Como afirma E6: *“Só que agora eu descobri que a minha depressão pós-parto também tem a ver com a minha vó materna, que ela, no sétimo filho, ela surtou. Entendeu? Ela dormiu alguns dias na rua [...]”.*

181

AFLIÇÕES REFERENTES À PERPETUAÇÃO DO SOFRIMENTO NOS FILHOS

Embora a maioria dos estudos encontrados busque compreender a vida cotidiana e os impactos no contexto familiar dos portadores de transtorno mental, a partir da representação elaborada por estes familiares quanto ao fenômeno saúde-doença mental (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004), existem pesquisas que valorizam a concepção do próprio portador, a fim de entender como a ação do transtorno incide sobre a convivência familiar, e quais os mecanismos utilizados pelo mesmo para manter uma possível estabilidade frente às demandas sociais e às necessidades que decorrem do transtorno. (SOARES; CARVALHO, 2009) Conforme os dados analisados na literatura, os principais impactos que cruzam o transtorno mental e suas relações familiares estão envoltos nos estigmas historicamente construídos, assim como na exigência de papéis socialmente atribuídos aos mesmos, em especial à mulher, que acaba trazendo consigo a responsabilidade de procriar e criar filhos saudáveis e preparados para o futuro, assumindo, assim, uma preocupação em ter que estar disponível para cuidar do outro e abrir

mão de suas realizações pessoais. (CARTEADO, 2007; COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; PEGORARO; CALDANA, 2008; SOARES; CARVALHO, 2009)

O estigma de ser louca, sendo mãe, e as funções e expectativas que sobrepõem a mulher, exercendo um impacto na vida dela e da família, também vão aparecer nas falas das mulheres entrevistadas, como algo que implicaria em um sentimento de incapacidade, frente às dificuldades emocionais e práticas encontradas para o exercício da maternidade. Alguns entraves se intensificam em decorrência dos momentos de agudização do sofrimento e a falta de suporte social e assistência adequada são agravantes, neste sentido:

182

E3 – Então eu ficava sensibilizada, na verdade, comigo e não posso cuidar de você, mas... Eu vou cuidar. Só que quando eu tava bem, aí eu cuidava em excesso. Eu marcava no relógio. É uma coisa que cansa. É horrível. Eu marcava no relógio as coisas que eu tinha que fazer... Se onze horas ela tinha que tá no banheiro pra tomar banho, eu tava lá no banheiro chamando. Eu não sabia esse espaço dela. Depois que a gente vai assimilar. Se o espaço dela era de acordo com a idade dela... De quando eu tô em depressão, ela tem que ficar também. Mas eu não digo você tem que ficar. Ela fica, entendeu? Aí eu digo não fale alto, não faça zuada, não sei qual o horário que vai comer ou se vou deixar comida pronta. Entendeu? E ela não pode me cobrar. Ela tem que esperar... Mas pergunta pra ela de quem é que ela tem mais medo. É de mim.”.

E4 – Eu chorava o dia todo, ficava me questionando sobre criar, se eu vou conseguir criar. A vida foi muito dura pra mim, e isso, mas assim, eu queria muito minha filha, então, eu me sacrifiquei com dor, com tudo que eu podia, o meu melhor, muito feliz com o que eu fiz.

E5 - “Meu filho me perdoe, se nem tudo foi como o figurino, eu nunca segui o manual, sabe. Eu nunca segui o manual, perdoe sua mãe, eu só tinha dezesseis anos, totalmente desencontrada” [Frase dita ao filho]. Carregava aquela coisa de “cadê o pai, cadê o pai”, e a sociedade própria cobra isso”. (Informação verbal).

A literatura ainda aborda que a transmissão psíquica geracional ocorre antes mesmo de o sujeito nascer. (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012) Quando a mãe está grávida, o filho já começa a ser inscrito na cadeia geradora da transmissão: a ele é dado um nome e é reservado um lugar na trama simbólica que articula os membros da família. Assim, um legado é transmitido àquele que nasce, como fica evidente no trecho da entrevista a seguir:

E1- tive um filho chamado G. [a entrevistada deu ao filho seu próprio nome na versão masculina] que eu falo é meu... É a razão da minha vida, porque nasceu esquizofrênico. Hoje, ele é usuário de drogas... Ele é louco igual a mim [...] e aí minha mãe me disse: 'eu vou acabar com você se você parir esse filho' e eu disse: 'eu vou parir'. Então, cada vez mais meu filho mexia dentro de mim, me dava mais força pra viver, me dava mais vontade de viver. E por eu achar que sou muito forte, que meu nome é forte, eu disse: 'esse menino vai ser igual a mim, o nome dele vai ser G.' [...]. G. é assim igual a mim! (Informação verbal).

Ainda dentro desse contexto, Scorsolini-Comin & Santos (2012) e Szejer & Stewart (2002) abordam que, na escolha do nome, está presente a história que antecede aquele indivíduo. A escolha do nome não é isenta, mas revela os movimentos psíquicos presentes na família, que são delegados ao novo membro.

Algo percebido pelas entrevistadas foi o amadurecimento precoce de seus filhos que, em situações nas quais não havia uma rede social de suporte mais constituída, não apenas assumiam responsabilidades além daquelas para as quais estariam preparados em função da idade (em especial, os mais velhos), como se tornaram independentes mais cedo do que o esperado:

E1 - '[...] eu não posso deixar vocês com fome, nem minha filha morrer.' [Referindo-se a uma situação em que precisou acompanhar a mais nova, recém-nascida, em um processo cirúrgico e precisou deixar seus outros filhos sozinhos] Aí mandei os meninos comprar alguma coisa pra eles comer, fazer umas compras lá e me piquei pro Roberto Santos [...] meus filhos sempre um cuidou do outro. Eu nunca disse a meus filhos fique na rua: 'Sai, tranque a porta, deixe a comida pronta. Coma até fria pra não mexer no fogão, ou a maior vá lá e esquenta e dê ao menor'. Meus filhos nunca dependeram de ninguém.

E6 - [...] mas... houve uma desorganização tão grande na, na vida de meus filhos que minha filha amadureceu rápido [...] É uma mulher, ela não é mais uma adolescente. Acho que ela nem teve muito esse período de adolescência, porque a infância dela foi muito boa, porque eu tava bem, eu fiz todas as vontades que ela teve, mas quando chegou na adolescência que veio esse choque da minha gravidez, aí ela deu um pulo muito grande da infância pra, pra fase adulta. Ela num teve adolescência. [...] Eles [filhos] são estratégicos, tem muita estratégia na vida. Eu tenho certeza que se hoje eu chegar a falecer por alguma coisa, é... eu vou deixar filhos preparados pra o mundo.

Porque tanto I. como A., pra idade deles, eles têm um comportamento diferente, sabe? Eles sabem... têm uma malemolência com as coisas, muito... são muito inteligente meus filhos. [...] Eles sabem se cuidar sozinhos, eles sabem viver. Eles, eles têm uma preparação muito grande e isso eu, eu, eu só coloco pela, só justamente pela forma deles ter convivido com uma experiência de ter uma mãe transtornada, né? (Informação verbal).

A preocupação com os filhos, o medo da repetição, é algo que também fica bastante evidente nas falas dessas mães, no sentido de reconhecer as dificuldades de lidar com os dilemas de ser portador de transtorno mental e de perceber o quanto essa condição incide sobre seus filhos, pontuando, assim, o desejo de não transmitir isso para os mesmos:

184

E3 – O que eu passei, eu não quero que R. passe. [...] Eu penso assim, muitos revoltados, [...], revoltado porque os pais tinham algum problema e não se cuidou? [...] Então, confesso que eu tenho medo de [...] Mas de R. ser mais uma jovem primeiro. Depois uma adulta, depois uma esposa e depois uma mãe com problema, deprimida e às vezes assim... Conseguir descarregar.

E4 – Tudo isso vem sobre a minha cabeça, eu não quero que minhas filhas sofram até essa parte que eu sofri. Nem dez por cento. Eu sei que elas vão ter as questões delas, que eu não vou poder proteger, mas essas coisas de trauma a gente tem que coar, não poder passar adiante não, né. Uma coisa que eu trago comigo, é que eu quero, assim, tá coando [...]. (Informação verbal).

Pela importância do grupo familiar na construção do sujeito e no decorrer de sua existência, é fundamental que este grupo seja também cuidado no contexto da assistência à saúde mental. (PEREIRA; PEREIRA Jr., 2003) Isso também é exposto na fala de umas das entrevistadas, que relata a importância de uma assistência que envolva seus familiares:

E5 - não sinto que preciso de remédio, eu sentia assim, que ela chamasse minha mãe, chamasse meu filho, fizesse uma roda, assim. Terapia familiar, até minha neta tem que tá. Porque minha neta também sofre com isso. Os maus tratos, aquela turbulência da família. Você vê que a cabecinha dela também tá afetada com a coisa, entendeu? Eu busquei ajuda e busco até hoje, não vou abandonar. A, a... Sempre vou estar a par do que tá acontecendo, e não acho que é um comprimido que vai resolver essa problemática que eu vivo sozinha, sem um médico chegar e dizer assim “vamos ver como é que a família tá”. (Informação verbal).

Por fim, nota-se através das narrativas das mulheres que o exercício da maternidade lhes permite exercer um papel social importante, que funciona, inclusive, enquanto fator de estabilização psíquica:

E1 - [...] porque eles sabiam que só tinham a mim e eu a eles. Assim, o amor a mim e a eles, o amor da gente é, assim, é muito forte. [...] ele pode usar a droga que for, a mãe dele é a mãe dele. Ele me chama de mainha, ele me chama de mainha, tudo dele é comigo, tá entendendo?

E3 - Eu não posso acabar comigo e deixar ela. Então eu, sabe? Eu pensava naquilo. Eu pegava e dava uma caminhada e ficava olhando... Ela, sabe? Com aquela inocência, eu dizia não, eu vou pra casa, vou pensar de outra maneira...

E4 - [...] eu sempre voltei nas minhas crises, sempre voltei por causa dos meus filhos [...] mesmo com pouco dinheiro, mesmo com tudo regrado. Mas nós somos felizes, nós temos uma família, nós construímos uma família, nós estamos juntos, e isso é o mais importante.

E6 - [...] eu sou tão mãe que eu não quero ver meus filhos longe de mim. Eu ficava pensando assim... A. tá namorando né, aí eu tava assim no ônibus pensando uma bobagem, se A. tiver um filho, engravidar, eu vou fazer o seguinte, eu vou passar pro quarto de A. e vou dar meu quarto a ela, que é o maior, e... vai ficar todo mundo aqui junto. Ninguém vai sair daqui. E, assim, é muito gostoso ser mãe. (Informação verbal).

185

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais resultados do estudo reforçam a importância de considerar os elementos transgeracionais presentes no sofrimento psíquico de mulheres que tentam, apesar de dificuldades de várias ordens, exercer a maternidade. Ao conhecer a história de vida das participantes, verificam-se vários vetores que revelam uma herança psíquica de violência física e psicológica, bem como de abandono.

Isso demonstra o quanto cada sujeito se encontra enodado na história de suas respectivas famílias de origem, ratificando assim o caráter transgeracional do adoecimento psíquico e, por vezes, a sua manutenção e transmissão para as gerações futuras. Vale ressaltar que durante as entrevistas percebemos ainda que essas mulheres trazem consigo um desejo de não repetir os padrões comportamentais violentos da família de origem,

além do desejo de exercer a maternidade, rompendo assim com os estigmas impostos pela sociedade sobre o ato de ser louca e ser mãe.

No estudo, ficou visível a presença de diversos conflitos no âmbito familiar, que emergem muitas vezes pelo sofrimento psíquico que atravessa a família, mesmo que se apresente de modo mais condensado em um ou outro membro. Isso reforça a necessidade de atenção voltada para a família, seja na condição de um contexto que promove o adoecimento e que adocece junto com o dito “louco”, seja no lugar de uma possível fonte de suporte social.

A pesquisa realizada, apesar de levantar elementos que auxiliam em uma primeira aproximação com os dilemas vivenciados pelas mulheres, torna ainda mais urgente a necessidade de aprofundamento, através de novos estudos que analisem o adoecimento psíquico como uma experiência transgeracional, no sentido de mapear os padrões de adoecimento psíquico que se repetem e de analisar como as características clínicas, sociais e culturais diversas influenciam no exercício da maternidade e na possibilidade de fazer diferente, rompendo com os circuitos marcados pela repetição.

186

REFERÊNCIAS

- CARTEADO, M. Ela não pode ser mãe! Quando maternidade e loucura se cruzam. In: OLIVEIRA, M. V.; MOTA, E. (Org.). *In-tensa,ex-tensa*. Salvador: UFBA, 2007. p. 223-227.
- CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, p. 45-54, 2003. Número especial.
- COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.
- GOMES I. C.; ZANETTI, S. A. S. Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2009.
- KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. et al. *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. Tradução de Lúcia Helena Siqueira Barbosa. São Paulo: Unimarco, 1998. p. 5-19.

- KOLBENSCHLAG, M. *Adeus, bela adormecida: a revisão do papel da mulher nos dias de hoje*. Tradução de Maria Sílvia Mourão Netto. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1991.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, abr./jun. 2008.
- PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR., A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, dez. 2003.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Família interdita: transgeracionalidade e subjetivações em três obras ficcionais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 225-266, abr./jun. 2012.
- SILVA, M. C. P. da. *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- SILVA C. F. da; DUTRA, S. P. *A transmissão transgeracional e o adoecimento psíquico familiar*. 2010. 29 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) – Faculdades Integradas de Taquara, Rio Grande do Sul, 2010.
- SOARES, M.V.B.; CARVALHO, A.M.P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 632-638, set./out. 2009.
- SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2013.
- TRACHTENBERG, A. R. C. et al. *Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

EXPERIÊNCIA DE MÃES EM CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA: UMA TEMÁTICA EM ESTUDO NOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES

ADRIANA MIRANDA PIMENTEL

CLAUDIA GONÇALVES MARINHO FERNANDES ROLIM

REBECA AYRES FERREIRA GUSMÃO DE SOUZA

CRISTINA ARARIPE FERNANDES

INTRODUÇÃO

Entre 2005 e 2009 foi realizado um estudo etnográfico de um bairro pobre da cidade de Salvador, buscando conhecer o contexto em que vivem os jovens daquele lugar, assim como suas trajetórias biográficas, a fim de compreender que sentidos e significados eles atribuem às práticas que realizam. O estudo evidenciou, entre outros aspectos, um bairro que passa por mudanças rápidas no que se refere aos modos de vida dos moradores, especificamente a relação entre o aumento do uso e tráfico de drogas e situações de violência às quais esses jovens estão submetidos. Essas questões surgiram na pesquisa a partir das narrativas dos jovens sobre o bairro,

mas particularmente observando as práticas que lá desenvolviam, dentre elas a participação no movimento *hip hop* e nas ações realizadas pelos integrantes de uma associação de moradores e de grupos de jovens vinculados a entidades religiosas. (PIMENTEL, 2016)

Entre os jovens interlocutores, os integrantes do movimento *hip hop* chamaram a atenção pelas letras de músicas que salientavam a dor de mães que perderam seus filhos em circunstâncias violentas no bairro, relacionadas especificamente ao homicídio dos filhos jovens, envolvidos ou não com o tráfico de drogas no bairro, decorrente do conflito com outros jovens e/ou com a polícia. Uma das práticas de um jovem do rap caracterizava-se pelo acompanhamento das mães que perderam filhos assassinados no bairro. Ao acompanhá-las e realizar o enterro dos filhos mortos, percebeu que eles eram enterrados “como bichos”, como referiu, sem qualquer dignidade por parte do poder público. Outros jovens, fundadores da associação de moradores local, destacaram as dificuldades das mães na criação dos filhos, particularmente devido às diversas formas de violência experimentadas, na maioria das vezes vinculadas ao envolvimento precoce dos jovens com o narcotráfico.

190

Outro aspecto evidenciado nas narrativas dos jovens acompanhados pela pesquisa foi o lugar ocupado pela mãe nas suas trajetórias de vida, cuja presença nem sempre se caracterizava por afeto, cuidado e provimento, mas também por sua ausência. Essa ausência, embora sentida como a falta da figura materna, também foi percebida pelos jovens como abertura de possibilidades para o surgimento de outras situações e pessoas que, de algum modo, transformaram suas histórias. É importante salientar que a temática “mãe” não foi intencional em nenhum momento da pesquisa realizada e que foi exatamente isto que chamou a atenção e tomou a dimensão de um projeto de pesquisa iniciado no final de 2011, no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Na pesquisa agora realizada, interessa-nos conhecer outras possibilidades para refletir sobre violência e maternidade, especialmente levando em conta o ponto de vista das mulheres pobres da cidade de Salvador. Segundo Soihet (2010), até as primeiras décadas do século XX havia poucos registros sobre as mulheres pobres e muito do que foi publicado sobre comportamento feminino se referia a mulheres pertencentes à elite. Sobre as mulheres das classes populares, havia apenas documentação policial e judiciária. Nesse período, as mulheres pobres eram consideradas “perigosas”, deviam estar sob total vigilância e tentavam resolver seus problemas e de seus filhos, na maioria das vezes, criados apenas por elas, lutando pela igualdade de direitos e defendendo a própria honra. Fonseca (2010) evidencia que a distinção entre mulheres ricas e pobres e, por

consequência, entre formas de comportamento relacionadas à classe contribuíram largamente para reforçar estereótipos, à época da elite colonial, aos quais as famílias de classes populares são submetidas até hoje. Como afirma a autora:

[...] vemos que essa crença, além de ter reforçado a estigmatização das famílias pobres – vistas inevitavelmente como desorganizadas por não corresponderem ao modelo ‘normal’ –, impediu gerações de pesquisadores de atentar para a diversidade de dinâmicas familiares no Brasil. (FONSECA, 2010, p. 513)

Além disso, essa crença impediu de considerar a diversidade de possibilidades de ser mãe, particularmente em bairros pobres nos quais imperam todas as formas possíveis de violência. Para Kitzinger (1996), é necessário conhecer e validar outras formas de maternidade do ponto de vista das diferentes culturas e contextos sociais e, mais que isso, compreender diferentes experiências de mulheres, de situações específicas, os sentidos e significados de ser mãe que não poderão estar dissociados dos contextos em que vivem.

Com base nesses aspectos, a pesquisa busca compreender os sentidos e significados que mães atribuem à perda de seus filhos jovens em circunstâncias violentas na cidade de Salvador. Especificamente, pretende conhecer as trajetórias biográficas dessas mães; discutir os sentidos e significados de ser mãe em contextos de pobreza, particularmente no que concerne às experiências com as diferentes formas de violências sofridas cotidianamente nesses contextos; analisar os desdobramentos na vida dessas mulheres após a perda do filho. Este capítulo apresenta uma discussão sobre a produção bibliográfica relacionada à temática em torno da perda de filhos jovens assassinados, revelando os desafios de uma pesquisa de abordagem qualitativa em contextos de violência.

DE CARA COM A VIOLÊNCIA: DO PLANEJAMENTO À ENTRADA EM CAMPO NA PESQUISA

A pesquisa em andamento iniciou-se em outubro de 2011, com a preparação dos estudantes para a realização do estudo. Foi necessário conhecer a dimensão da violência no país e, particularmente, como o fenômeno se expressa na Bahia e em Salvador. Desse modo, identificamos os principais estudos publicados nos últimos anos, em especial sobre homicídios; acompanhamos eventos organizados por pessoas diretamente vinculadas

aos movimentos de luta contra a violência na cidade; e visitamos instituições responsáveis pelo atendimento às vítimas de violências e/ou familiares. Desenvolvendo essas ações nos aproximamos da violência, tal como experimentada pelas pessoas que perderam filhos assassinados, e redimensionamos o planejamento da pesquisa elaborado anteriormente.

Cabe evidenciar que, para além das várias formas de violência identificadas atualmente, a esta pesquisa interessam os homicídios que vitimam jovens, o que Waiselfisz (2013) chama de violência letal, a violência em seu grau extremo, e que representa o ápice das tantas outras formas de violência que se apresentam hoje nas cidades brasileiras. Segundo o autor, “[...] nem toda, nem a maior parte das violências cotidianas acabam em morte, mas a morte representa o grau extremo da violência que a relação entre os seres humanos pode atingir”. (WAISELFISZ, 2013, p. 13)

192

Para a Organização Mundial de Saúde, o homicídio figura entre as causas externas de mortalidade e é definido como

[...] indicador por excelência de formas conflitivas de relacionamento interpessoal que acabam com a morte de algum dos antagonistas [...]. Tem como característica uma agressão intencional de terceiros, que utilizam qualquer meio para provocar danos e lesões que levam à morte da vítima. (WAISELFISZ, 2013, p. 16)

Em nível mundial, os crescentes índices de homicídios fizeram com que este fenômeno passasse a ser encarado como prioritário para a Saúde Pública. (SOUZA, 1994) Para Freire (2011),

[...] se, há 30 anos, 13.910 pessoas foram vítimas de homicídio no país, em 2010 o número de mortes chegou a 49.932, um crescimento de 258%. A população aumentou no período, mas não na mesma velocidade. Passou de 119 milhões para 190 milhões de habitantes, registrando elevação de 60%.

No nordeste, praticamente todos os estados têm tido níveis altos de crescimento em seus números absolutos de homicídios. Nesse quadro, destaca-se a Bahia, de longe o estado com o maior incremento percentual em números absolutos, 430% na série histórica 1999-2008. (NÓBREGA JÚNIOR, 2010, p. 69)

Na revisão da literatura relacionada a homicídios, foi possível perceber que parte considerável das publicações dirige-se para o perfil dos grupos vítimas de violência. São estudos epidemiológicos que buscam caracterizar os grupos mais afetados: como se distribuem e as possíveis causas da gravidade do problema. Conforme os estudos, três fatores estão mais

diretamente implicados na ocorrência dos homicídios: as desigualdades sociais, a relação com raça/cor/gênero e o aumento da criminalidade, especificamente ligada ao tráfico de drogas e ao uso de armas de fogo.

Os autores que discutem a relação entre homicídios e desigualdades sociais revelaram um coeficiente de homicídios de 57,3 por 100.000 habitantes. A correlação entre taxas de homicídios e renda média demonstrou que maiores coeficientes foram encontrados nos distritos com menor renda, ao passo que menores coeficientes foram encontrados nos distritos com maiores rendas. (GAWRYSZEWSKI; COSTA, 2005) Os autores que discutem a relação entre homicídio e raça/cor/gênero dos vitimados apontaram que os indivíduos negros (pretos e pardos) associaram-se à pior condição social e maior risco de homicídio, comparados aos brancos. (AMPA-RO-ALVES, 2010; SOARES FILHO, 2011) Outro fator associado foi o da taxa padronizada de mortalidade por arma de fogo, que cresceu no Brasil de 1980 a 2003, quase quintuplicando entre homens de 15 a 29 anos de idade. (GAWRYSZEWSKI; KAHN; MELLO JORGE, 2005; PERES; SANTOS, 2005) Ainda sobre a relação entre homicídios e criminalidade, especialmente no que se refere a tráfico de drogas e armas de fogo, os dados indicaram claramente o curso de um processo de “juvenização” da violência fatal, denominado por Lolis (2011) como “juvencídio”.

193

Com base nesses dados e informações sobre a situação geral dos homicídios, nos demos conta da gravidade do problema e iniciamos o trabalho de campo, que ocorreu intensamente entre meados de 2012 e 2013. Foram elencadas instituições e projetos que atendem e/ou acompanham pessoas vítimas de violências na cidade e/ou familiares, cada um dentro de sua especificidade, e passamos, então, a visitá-los, a fim de apresentar a pesquisa e solicitar colaboração para sua realização.

Entre as entidades visitadas, reunimo-nos com agentes comunitários de saúde de alguns bairros em particular e com instituições e entidades como o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan (CEDECA), o Projeto Consolação, a Fundação Dom Avelar Centro Cristo é Vida, o Serviço de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual-Viver, Centro de Referência Loreta Valadares, além de delegacias de polícia da cidade. Participamos de reuniões realizadas pelo Observatório da Violência e por associações de moradores, eventos como o Dia Estadual de Combate aos Homicídios e à Impunidade, e entramos em contato com redes sociais e fóruns em ambiente online.

Esse processo permitiu conhecer mais de perto situações e pessoas que vivenciam cotidianamente diferentes formas de violência em Salvador. O trabalho de visitação e acompanhamento envolveu estudantes dos Bacharelados Interdisciplinares, imbuídos da literatura de referência e dos

diferentes percursos estudantis que experimentam nesta modalidade inovadora de ensino superior na Universidade Federal da Bahia. Esse aspecto contribuiu satisfatoriamente para a segunda etapa da pesquisa: identificação das mães-interlocutoras.

O trabalho de campo intenso na identificação das mães, utilizando diferentes estratégias devido às dificuldades para a realização das entrevistas, resultou em oito entrevistas narrativas efetuadas até o momento, além de conversas não gravadas com mães que não se dispuseram a realizar entrevistas. Identificamos mulheres em diferentes bairros da cidade: Cosme de Farias, Chapada do Rio Vermelho, Nordeste de Amaralina, Calabar, São Cristóvão, Plataforma e Centro Histórico. Inicialmente, foi necessário identificar mulheres que perderam seus filhos em conflitos violentos através de sua vinculação a instituições governamentais e não governamentais e de lideranças e representações de bairros, bem como através das próprias informantes e suas relações de vizinhança.

194

Um aspecto que chamou a atenção diante das dificuldades para a realização das entrevistas com as mães foi a participação dos próprios estudantes dos Bacharelados: sendo muitos deles oriundos de bairros pobres da cidade, onde vivenciaram e vivenciam situações cotidianas de violência, atuaram como colaboradores na identificação das mulheres, algumas delas vizinhas e conhecidas. Todo esse percurso foi registrado nos diários de campo dos pesquisadores.

A partir disso, foram realizadas entrevistas aprofundadas, em momentos distintos, a fim de reconstituir a história de vida dessas mulheres, especificamente no que se refere à experiência da maternidade, do nascimento à perda do filho jovem, e aos desdobramentos desse acontecimento em suas vidas. Todo o material textual coletado foi transcrito, organizado e sistematizado, também com a utilização do software QSR-Nvivo 8.0, que contribuiu na identificação de categorias analíticas.

Esse foi um primeiro passo na organização do material. Outro momento do processo analítico foi conduzido prioritariamente pela análise de narrativas em uma perspectiva fenomenológica hermenêutica. Nesse sentido, cabe ressaltar que a narrativa é construída a partir das experiências dos sujeitos percebidas temporalmente. As experiências pessoais são narradas e, desse modo, a história vai sendo reconstruída à medida que os sujeitos da história vão refletindo sobre ela, contam e vão tecendo significados para ela. Essa compreensão que os sujeitos vão construindo da própria história possibilita recuperar a vida passada. Além disso, interessa compreender as narrativas sobre a cotidianidade. Como as pessoas percebem e atribuem significados às situações vividas, às experiências, às suas práticas de cuidado com os filhos e às diferentes

formas de lidar com a perda por morte violenta. Com base no desenho da pesquisa esboçado acima, faremos uma discussão sobre a literatura relacionada à temática em questão e, num segundo momento, sobre as implicações e desafios decorrentes do trabalho de campo desenvolvido pelos pesquisadores.

OS ESTUDOS EM TORNO DA PERDA DE FILHOS POR MORTE VIOLENTA

Identificamos uma escassez de estudos voltados para o conhecimento da experiência de mães que convivem ou sofrem com a morte de filhos assassinados. Na revisão de literatura realizada, identificamos duas grandes categorias para classificar os títulos encontrados: uma pautada pelos estudos no campo da psicologia, que focalizam a dor das mães pelo luto decorrente da perda dos filhos mortos e a culpa por não ter cumprido um papel de mãe esperado socialmente; outra centrada nos estudos que versam sobre a perspectiva dos direitos sociais, especificamente sobre a luta das mães para a garantia desses direitos e a negligência do Estado nas suas múltiplas formas de expressão. É sobre esse material que nos debruçamos, na tentativa de compreender melhor a dimensão do problema da pesquisa.

195

SER MÃE E PERDER UM FILHO ASSASSINADO: ENTRE O LUTO E A CULPA

Segundo Kimura (1997) e Correia (1998), a maternidade não pode ser vista apenas como um acontecimento biológico, mas principalmente como uma construção social. O ideal de maternidade estabelecido como amor incondicional e a abnegação incontestável é relativamente recente na sociedade e surge de algumas transformações sociais ocorridas após a Revolução Industrial que modificaram concepções e dinâmicas sobre as famílias e, conseqüentemente, sobre a mulher e a função materna. Com isso, caberia à mulher, a partir de então, os cuidados com os filhos, a amamentação e a responsabilidade pela criação/desenvolvimento da prole e da família como um todo. Também com isso a criança ganhou novo status dentro do núcleo familiar. Com o estatuto de célula-mater da sociedade moderna, cada criança passou a ser um “investimento no futuro” e póstuma mantenedora dos negócios da família, assim como provável cuidadora da velhice dos pais. (ARIÈS, 1981) As mulheres ganharam, em contrapartida,

a grande responsabilidade de fazer com que essa criança cumprisse no futuro a promessa intrínseca que ganhara ao nascer.

Algumas mulheres não se veem inseridas nesse contexto pré-estabelecido socialmente de maternidade como função de provedora e protetora incontestada e incondicional de sua prole e carregam o fardo social da desaprovação, ou por não se encaixarem socialmente na visão idealizada da maternidade ou por se comportarem inadequadamente, do ponto de vista de outras mulheres e mães. (JACKSON; MANNIX, 2004) Alguns autores pesquisados, especialmente no campo da psicologia, discutem essa questão evidenciando dois aspectos centrais que aparecem quando a mãe perde um filho em circunstância violenta: a culpa sentida pela mãe por não ter cumprido o papel social esperado e a vivência de luto pela perda do filho. Deparando-se com a vulnerabilidade das circunstâncias diante da morte de um filho assassinado e a pressão social que sofreu ao longo do tempo, a mãe sente-se culpada por não ter cumprido essa função social da forma esperada socialmente. Dalbosco (2006) refere que a morte de um filho jovem reverte expectativas geracionais. Construção social ou não, a maternidade é um território de construção de vínculos e a morte de um filho acarreta transformações significativas interiores e exteriores no universo materno. Dessa forma, a culpa seria constituinte do papel materno e o luto, segundo Parkes (1998), o preço que se paga pelo afeto adquirido com a convivência.

Conceitualmente, o luto é a expressão dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras e que, em última análise, se forjaram na infância. Para Parkes (1998), o luto é, afinal, o acontecimento vital mais grave que a maior parte de nós pode experimentar. Conseqüentemente, o luto seria um novo e importante momento de redefinição dos papéis sociais anteriormente assumidos pela mãe e, portanto, um novo foco de transformação psicossocial que proporcionaria, concomitantemente, novas tomadas de posição e identidade desta mãe em tal contexto.

Ainda segundo o autor, há um agravante na morte de um filho. Mesmo em situação de morte esperada, os parentes sempre alimentam um sentimento de esperança ou possibilidade de resgate da relação. Em casos de morte por violência, morte repentina, o processo de luto se dá de forma mais complicada, principalmente por não haver essa possibilidade. Esse processo diferenciado e complicado de elaboração do luto em tais circunstâncias pode prolongar-se por muito tempo após a morte do filho. É o que Doka (1989 apud PARKES, 1998) qualificou como luto desautorizado.

Conforme Derrida, citado por Bauman (2008), a morte de alguém é a morte de um mundo que se torna irreproduzível. Uma perda geralmente traz consigo outras perdas secundárias e raramente fica claro o que foi

perdido, implicando, também, uma sensação de insegurança e perigo. A perda de um filho leva à perda de um lugar social e o luto é responsável por modificações significativas nas dinâmicas sociais, microscópica e macroscópica. Tais perdas simbólicas representam a perda de um lugar de conforto e da representatividade social dessa mulher. São perdas “ocultas” e implícitas no luto, não levantadas como importantes; na verdade, frequentemente subestimadas pela sociedade. Dalbosco (2006) afirma que famílias em estado de abandono social podem tornar-se caóticas e não se apropriar da própria história, tendo o tempo ritmado pelos acontecimentos, um tempo despedaçado, sem permanência, que aumenta a dependência entre os membros da família. A informação pode não ser registrada, armazenada, memorizada, pois o tempo do acontecimento está despedaçado, dividido, dissecado.

197

As mães, em famílias em situação de vulnerabilidade econômica, precisando estabelecer estratégias de enfrentamento diante da morte de um filho, aparentam força, mas ocultam das famílias seu sofrimento psíquico, o que gera sequelas silenciosas e corrosivas, vivenciadas intimamente, sem espaço para compartilhamento, e posteriormente apresentadas em forma de adoecimento físico e sintomas psicossomáticos. A morte de um filho jovem, em circunstâncias violentas, fere de forma indelével a mãe que sobrevive. Não havendo suporte de ajuda, o gerenciamento dessa crise se dá de forma caótica e solitária, ao que se soma a necessidade de conviver com as transformações na vida dos demais integrantes do núcleo familiar. Quando a morte foi precipitada por situações arriscadas, a família pode manifestar sentimentos inquietantes em relação ao filho que morreu: raiva, frustração, tristeza pela perda sem sentido. A vida exige novas tomadas de posição, mas isso não se dá de maneira fácil.

Dalbosco (2006) relata que pesquisas realizadas por Walsh e McGoldrick (1998) evidenciaram que as mães são particularmente vulneráveis à culpa em razão das expectativas sociais para que assumam as responsabilidades primárias pelos cuidados e bem-estar de todos. Jackson e Mannix (2004) e Alarcão, Carvalho e Pelloso (2008) afirmam que a condição materna de culpabilizar-se pelos atos dos filhos revela-se como um fenômeno que recai sobre as mulheres por diversos ângulos, da família, amigos e sociedade como um todo, bem como de profissionais de assistência e das próprias mulheres em si. A sociedade oferece ajuda por períodos curtos de tempo. As instituições de saúde e justiça acolhem as mães com um estigma predeterminado que as culpabiliza pelos atos de seus filhos, independentemente da faixa etária em que estes se encontrem.

Vale ressaltar que uma posição de culpabilidade é também assumida pela mulher por pressupostos sociais interiorizados e por uma ideação do

papel materno que se configura como onipresente e onisciente diante do filho. A culpa que sentem e a culpa de que são acusadas – implícita ou explicitamente – por profissionais de saúde, assistência social, segurança pública, responsáveis pelo acolhimento e encaminhamentos dos casos, faz com que as mães evitem o contato com as instituições responsáveis.

Além da culpa, Dalbosco (2006) mostra que o medo é o sentimento que permeia todas as múltiplas facetas dessa questão. O medo de viver e o medo de morrer. O medo da mãe de não poder gerir os filhos de forma digna e livre de perigos; o medo dos outros filhos destas mães de não conseguirem ter uma vida melhor, de serem mortos por seus pares, de serem identificados como iguais e, por isso mesmo, confundidos com um outro também invisível; o medo de serem vistos como ameaças ou de não serem vistos nunca; o medo da impunidade e o medo de falar e fazer justiça; o medo de ser atacado, que leva à necessidade de atacar para se defender; o medo de não ser respeitado nem no seu território e o medo de ser tido como fora deste código de honra no território. Enfim, o medo do devir e o medo de não ser ninguém. É a figura da mãe que tem o direito de dar voz a esse medo, que carrega o peso de um medo de futuras perdas eventuais. Vivemos num cemitério de esperanças frustradas, como diz Bauman (2008). Segundo o autor, nesse momento extremamente carente de certezas, proteção e segurança, os medos são muitos e indissociáveis da vida humana. Para essas mães, esse cemitério de esperanças frustradas parece ter-se tornado um hábito.

198

BUSCA POR JUSTIÇA: A NEGLIGÊNCIA DO ESTADO E O APOIO ATRAVÉS DAS REDES DE SOLIDARIEDADE

Na revisão de literatura, selecionamos uma categoria intitulada “busca por justiça”, que consideramos representativa do conjunto de estudos e pesquisas identificados sobre a temática referente às mães que perderam filhos assassinados. Freitas (2002), Nobre (2005), Alarcão, Carvalho e Pelloso (2008), Bussinger (2010), Oliveira (2010), Reinart (2010), Tomasi (2012), Vianna e Farias (2011) estão entre os autores sobre os quais gostaríamos de nos dedicar mais nesta discussão.

Na “busca por justiça”, dois aspectos destacaram-se: a negligência do Estado na resolução dos casos/punição dos culpados e no acompanhamento das mães que perderam seus filhos; e a rede de solidariedade que as mães encontram para lidar com as situações vivenciadas após o luto. Para os autores, a busca de justiça pelas mães inicia através do sistema judiciário formal subsidiado pelo Estado, todavia, por encontrarem

dificuldades para resolver o caso através desse sistema, elas vão buscar nas redes sociais o apoio de que necessitam.

Bussinger (2010) afirma que o sistema de justiça e de segurança pública é incapaz de controlar o crescimento da criminalidade e se mantém passivo perante o sentimento de insegurança evidenciado pela população e as diferentes alternativas que ela encontra para resolver e “solucionar” os conflitos e crimes cotidianos. Segundo a autora, “[...] inércia e paralisia do referido sistema constitui, *per se*, um incentivo à busca de outras formas de solução para os conflitos e crimes”. (BUSSINGER, 2010, p. 109) A autora realiza pesquisa sobre a representação de mães que perderam filhos em circunstâncias violentas no Espírito Santo e salienta o descaso do Estado representado pela ausência de um aparato judicial que lhes permita fazer valer os seus direitos. A aplicação da lei do ponto de vista social, por sua vez, não atende a todos de forma igualitária e imparcial. Além disso, há também a questão da impunidade, que leva as autoridades a transferirem para a população o dever de julgar e punir. Bussinger e Novo (2008) e Bussinger (2010) consideram que o fracasso do sistema judiciário vai influenciar na busca por justiça, desde o momento do crime até a inclusão e participação das mães em uma Associação de Mães e Familiares de Vítimas da Violência do Espírito Santo (AMAFVV). Para elas, o Estado mostra-se passivo diante da busca de justiça por parte de indivíduos excluídos socialmente e, conseqüentemente, contrário às mães pobres que perderam seus filhos em situações de violência.

A sua pesquisa evidencia, também, que a sociedade ainda se depara com formas de justiça particular, que correspondem a reminiscências de formas autoritárias da relação do Estado com a população. Hoje em dia, não se perseguem os “subversivos”, como na ditadura, mas os negros e pobres. As camadas populares evitam procurar a justiça, entrando num processo duplamente doloroso que confirma a sua condição de exclusão e segregação através de relações hierárquicas e autoritárias.

Segundo Freitas (2002), a primeira reação à perda dos filhos que se reflete na busca por justiça formal parece se manifestar como um imperativo exercido pela própria maternidade. Após a perda de um filho por uma situação de violência, uma mãe espera que o sistema judiciário formal cumpra o seu papel de julgar os culpados, embora a grande maioria delas não consiga obter justiça através desse sistema. Bussinger e Novo (2008) corroboram tal fato, quando sustentam que, do ponto de vista social, a lei não atende a todos de forma igualitária e imparcial e, por esse motivo, na busca por justiça recorre-se às instituições de apoio para o acompanhamento dos casos.

Vianna e Farias (2011), a partir de outros autores, sustentam que lidamos aqui, portanto, com uma das muitas situações nas quais a ilegitimidade

da documentação do Estado e das ações de seus agentes interfere diretamente no processo de consolidação do controle estatal sobre populações, territórios e vidas. Tal controle, na grande maioria das vezes, é exercido de forma desigual, desfavorecendo os que mais precisam. Sem poder contar com o apoio da justiça formal e do Estado, conseqüentemente, as mães se unem com outras mães, que passam pela mesma dor e que compartilham do mesmo desejo de obter justiça para realizar manifestações públicas, ou recorrem a organizações civis ou redes de solidariedade em que se sentem acolhidas e respeitadas no processo de luta por justiça.

200

Reinart (2010) provoca um debate acerca da problemática da violência, suas origens históricas e sua presença no cotidiano brasileiro. Tendo como protagonistas mães cujos filhos foram assassinados, nomeadas mães órfãs, sua pesquisa analisa a morte violenta dos filhos e as conseqüências na vida dessas mulheres. Esse estudo, realizado num bairro popular da cidade de Salvador, na Bahia, revela os assassinatos de jovens no período de 2004 a 2008. A pesquisa teve como foco mulheres, na maioria negras e de baixa renda, que violentamente sofreram a perda de um(a) filho(a) ou de um(a) neto(a). No trabalho da autora, destaca-se um capítulo intitulado “Vista pela ‘mulher pobre, preta, já velha, mas direita’”, no qual aparecem depoimentos de quinze mulheres que perderam seus filhos em situação de violência. Entre os depoimentos, o tema da justiça é apontado como uma experiência dolorosa, um processo traumático. No estudo, as mulheres se apresentam conscientes da discriminação que sofrem e, ao mesmo tempo, determinadas a lutar pelos próprios direitos.

Em meio ao luto, portanto, as mães lançarão mão de estratégias individuais buscando a superação da perda dos filhos. Uma dessas estratégias será a busca por justiça pela via dos movimentos sociais de luta. (BRITES; FONSECA, 2013) De acordo com alguns autores pesquisados, há diversos movimentos sociais que surgiram com o objetivo de dar apoio às mães nesse processo. Para Bussinger e Novo (2008), tais movimentos se propõem a encontrar soluções para a criminalidade urbana e denunciar a violência, o descaso e a ineficiência do aparato judiciário em relação às vítimas.

Entre os movimentos conhecidos, estão: a *Asociación Madres de Plaza de Mayo*, que surgiu na Argentina em 1976 (MADRES, 1995, 2007); a Associação de Mães e Familiares de Vítimas da Violência do Espírito Santo – AMAFAVV, criada em 2001 (BUSSINGER, 2010; BUSSINGER; NOVO, 2008); as Mães de Acari (FREITAS, 2002; NOBRE, 2005), Mães da Candelária, Mães de Vigário Geral e Mães da Chacina na Baixada Fluminense, que deram origem a um único movimento, em virtude das semelhanças entre seus objetivos, princípios e reivindicações: o movimento *Mães do Rio*. (NOBRE, 2005)

O movimento Mães de Acari foi documentado por Carlos Nobre (2005), que o considera um dos exemplos heroicos de resistência da gente esquecida pelo poder público. O livro revela a trajetória das mães ao tentarem desvendar os fatos que levaram à morte dos filhos e mostra todas as nuances da impunidade. Segundo o autor, foi a ausência dos corpos da chacinha dos jovens de Acari que gerou um dos mais singulares movimentos femininos de direitos humanos da história recente brasileira. Em nenhum outro momento mulheres pobres haviam exigido e se arriscado tanto em nome da maternidade e da luta contra a barbárie. Em recente artigo, Brites e Fonseca (2013) descrevem o processo de luta das mães do Rio, das chacinas ocorridas na década de 1990 à criação do movimento de mães de vítimas fatais, processo esse que desencadeou uma política pública em 2008.

Oliveira (2010) apresenta outras estratégias utilizadas hoje por diferentes movimentos sociais e por sujeitos autônomos. As mobilizações em redes constituem um aspecto importante que diferencia os movimentos atuais de outros movimentos do passado. Na prática, a rede se caracteriza pelas relações desenvolvidas entre os diferentes sujeitos sociopolíticos presentes na cena pública.

Um aspecto relevante em meio a esse processo de busca por justiça através das redes de solidariedade são as redes sociais em ambiente on-line. As redes sociais transformaram-se num importante ponto de apoio para as mães que perderam os filhos em situação de violência. Tomasi (2012), em sua dissertação de mestrado, trata das mães que criaram uma comunidade no Orkut, uma rede social de comunicação e relacionamento, para declarar seu luto na internet. A rede de sociabilidade do Orkut, após sua criação, em 2004, tornou-se um espaço virtual que permite aos enlutados, em especial às mães, manterem presente a memória dos entes mortos. Para o autor, em tempos de morte interdita e introspectiva, o Orkut oferece um ambiente para as mulheres enlutadas praticarem os rituais de busca de justiça.

Outro exemplo de redes em ambiente *on-line* é o blog “Projeto Consolação: do luto para a luta”, criado por uma mãe que perdeu o filho em situação de violência. No blog, uma mãe revela:

Sou mulher de garra que deseja transformar a dor em luta [...]. Com esse blog pretendo criar um espaço onde se aprende administrar essa agonia porque ela nos acompanha sempre. Compartilho minha experiência dolorosa com tantas outras pessoas as quais convido criar rede comigo. Temos que nos unir apoiar umas as outras que passem por esse sofrimento. (PROJETO CONSOLAÇÃO: DO LUTO PARA A LUTA, 2013, s/d)

Através desse blog, as mães compartilham experiências de luto e organizam manifestações e protestos pela cidade. Outro espaço em ambiente online identificado na pesquisa foi o blog “Luto como Mãe”. Esse blog foi criado em homenagem à Chacina da Baixada, ocorrida em 31 de março de 2005, em que houve uma série de assassinatos em Nova Iguaçu provocados por agentes do estado do Rio de Janeiro. O blog promove discussões e encontros sobre o tema das mães que perderam os filhos em situação de violência. É possível observar que existe uma rede de solidariedade constituída por movimentos sociais de determinados lugares e, mais recentemente, por redes sociais online que, de algum modo, têm conquistado espaço de reconhecimento e também de pressão ao poder público. O elemento que une essas mães é o luto compartilhado pela perda do filho e a luta por justiça. Com isso, a dor será transformada em luta e fará surgir o que Freitas (2002) denominou “novas mães-cidadãs”.

DESAFIOS DE UMA PESQUISA EM CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Com base na revisão de literatura analisada, foi possível conhecer os dois polos da discussão sobre a temática: estudos que versam sobre o luto e culpa das mães, e os estudos relacionados à questão da luta pela garantia dos direitos: o luto e a luta, expressão que intitula alguns movimentos de mulheres que perderam seus filhos em circunstâncias violentas no país. Percebemos, até o momento, que esses dois elementos aparecem com frequência nas entrevistas e conversas informais com as mães, nas visitas às instituições e em todas as demais situações nas quais nos envolvemos no trabalho de campo. Porém, outros aspectos também surgiram e alteraram significativamente os rumos da pesquisa.

Como apresentado anteriormente, estava prevista a realização da pesquisa em um bairro já conhecido e estudado por uma das autoras. Em uma reunião com as equipes de agentes comunitários de saúde do bairro, logo encontramos a primeira dificuldade: os agentes não iriam participar do processo. Depois de inúmeros relatos que salientavam o aumento da violência no bairro e as situações que vivenciavam no cotidiano de seu trabalho, os agentes comunitários afirmaram que a pesquisa era importante e necessária, relataram casos de pessoas que visitavam diariamente, também vítimas dessas situações, mas negaram-se a colaborar por medo de represália dos traficantes e policiais envolvidos nos casos.

Nas visitas às instituições, deparamo-nos com alguns aspectos que também chamaram a atenção: a dificuldade dos profissionais para dar encaminhamento aos casos assistidos; a pressão e o descontentamento dos usuários com a falta de respostas às situações enfrentadas; a proteção oferecida por profissionais e instituições àqueles que estão sob tutela, o que dificultou de forma significativa a relação com os pesquisadores.

Não raramente, visitávamos as instituições, apresentávamos a pesquisa e nos sentíamos acolhidos e favorecidos na interlocução junto aos grupos e profissionais. Entretanto, num momento seguinte, tudo havia mudado. Com a justificativa de que as mulheres já haviam sofrido muito com a perda do filho ou que temiam a perseguição de policiais e/ou traficantes – dois aspectos importantes a serem considerados –, os profissionais e instituições impediam a nossa aproximação com as mães. No que se refere às instituições localizadas nos próprios bairros que visitamos, compreendíamos que, de fato, o medo e a precaução eram determinantes nos depoimentos das mães com as quais dialogamos e em diversas situações vivenciadas por nós no trabalho de campo.

Com o passar do tempo, porém, percebemos que também havia outros fatores a serem considerados nessa análise. Um desses fatores concernia à vinculação das entidades que prestavam assistência às mães, por exemplo, com entidades religiosas que disputavam entre si a assistência às mulheres; outro, à localização espacial das entidades em áreas de conflito do narcotráfico. Além de estarem vinculadas a determinadas entidades, as mães tinham dificuldade em transitar por áreas de trânsito regulado ou proibido no bairro.

Existia, ainda, o fato de que algumas mães que tinham perdido filhos assassinados possuíam outros filhos e netos envolvidos e também perseguidos por policiais e/ou pessoas ligadas ao movimento do tráfico. Após a entrevista com uma mãe, aparentemente tensa e melancólica, descobrimos que, na casa, estava escondido um menino procurado pelo grupo rival do movimento. Em outros momentos, adentrando o bairro, caminhando para a entidade que nos estava aguardando, percebíamos olhares desconfiados e atentos à nossa chegada. Era tudo muito sutil, mas não havia dúvida de que sabiam quem éramos e o que estávamos fazendo ali. Todavia, foram nessas incursões que algumas pessoas entraram em contato conosco e apresentaram suas histórias de violência, conhecidas e vividas. Entre os relatos, havia o desconforto das situações experimentadas e o desejo de mudança.

Com a colaboração dos estudantes na identificação de mães que poderiam narrar suas histórias, visitamos pessoas em casa que, mesmo não aceitando serem entrevistadas, relataram suas experiências de perda dos

filhos pela violência; conhecemos pequenas entidades localizadas em bairros que abriram as portas para que realizássemos os encontros com as mães; e estivemos presentes em alguns momentos que nos fizeram perceber o quão dura é a vida nos bairros onde vivem essas mulheres.

A visita aos bairros, a chegada à casa das mulheres ou às entidades, a fala das pessoas sobre as situações vivenciadas cotidianamente nos bairros pobres da cidade permitiu, no mínimo, uma compreensão muito mais ampla sobre o problema. Embora, na literatura analisada, o sofrimento das mulheres, a culpa e o luto diante da morte de um filho, bem como a negligência do Estado em todas as suas dimensões tenham sido os aspectos mais evidenciados a respeito do problema, a pesquisa de campo nos apresenta um elemento crucial que deve ser levado em conta na análise dessas histórias, que é o lugar – os bairros pobres das grandes cidades, onde imperam as mais variadas formas de violência atualmente, em particular os homicídios de jovens. Consequentemente, o contexto de vida dessas mulheres, o modo como criaram seus filhos em condições muito precárias de vida e o cotidiano de ausências e descasos que mães e jovens nos bairros pobres da cidade experimentam não poderão ser epifenômenos nesta pesquisa.

204

Diante das inúmeras dificuldades para realizar o trabalho de campo, mas também da persistência para tentar entender melhor a complexidade do fenômeno da violência vivenciado atualmente pelas mães, partimos para uma aproximação com pessoas à nossa volta – estudantes dos Bacharelados, entre outros que também participaram do processo, pessoas próximas com quem compartilhávamos nossas dificuldades, entre situações distintas, o que desencadeou novas oportunidades para a realização do estudo. Durante alguns eventos científicos, como reuniões do grupo e em seminários de pesquisa, bem como em salas de aula, compartilhamos nossas dificuldades em campo e percebemos como a temática da violência era incômoda e chamava a atenção dos estudantes e de outros pesquisadores. Esse aspecto deve ser ressaltado nesta discussão.

Entre 2011 e 2013, estudantes dos Bacharelados Interdisciplinares de Humanidades e Saúde e de outros cursos, como Psicologia e Ciências Sociais da UFBA, egressos ou não dos Bacharelados, participaram deste processo. Estudantes com distintos interesses e perspectivas futuras foram determinantes no desenrolar da pesquisa. Alguns exemplos podem ser descritos: uma estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades cursando a área de concentração em Estudos Jurídicos e outra, também do Bacharelado, que atua em uma instituição para pessoas vítimas de violência sexual, contribuem com materiais e discussões relevantes sobre a questão do direito e da justiça social; outros estudantes, do campo

da Psicologia, favorecem uma abordagem mais voltada para os estudos da subjetividade e do comportamento e propiciam uma interlocução com seus cursos de origem na perspectiva de criação de um serviço de atenção psicológica às mães em um dos bairros da cidade.

Essas contribuições resultaram em abertura de possibilidades para a realização do estudo. A riqueza de saberes e de experiências dos estudantes que transitam por toda a Universidade e por diferentes espaços da cidade modifica os rumos da pesquisa e lhe dá novos contornos, não apenas pela natureza da modalidade de ensino das formações interdisciplinares, que favorece o trânsito pelas diversas áreas de conhecimento, mas também pela oportunidade, hoje, de que pessoas de diferentes realidades econômicas, culturais e sociais estejam na Universidade.

A experiência desses estudantes – de origem popular, mais amadurecidos, provenientes dos recônditos interiores do estado da Bahia, com outras formações e níveis de escolaridade e com múltiplas experiências de vida – tem contribuído satisfatoriamente para uma discussão mais ampliada sobre a violência, a saúde e a cidade. Não é possível pensar a violência sem levar em conta os espaços onde ela se manifesta. Não é possível compreender a dimensão desse problema sem levar em conta as experiências de ser mãe e cotidianamente enfrentar as múltiplas expressões da violência.

205

REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, A. C. J.; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. The death of a young son in violent circumstance: understanding the experience of the mother. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 341-347, maio/jun. 2008.
- AMPARO-ALVES, J. do. À sombra da morte: juventude negra e violência letal em São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 20, n. 4, p. 563-578, out./dez. 2010.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BAUMAN, Z. *Medo líquido*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.
- BRITES, J.; FONSECA, C. As metamorfoses de um movimento social: mães de vítimas de violência no Brasil. *Análise social*, Lisboa, n. 209, p. 858-877, dez. 2013.

BUSSINGER, R.V.; NOVO, H. Trajetória de vítimas da violência: dor e solidariedade entre mães de uma associação do Espírito Santo. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 107-120, jan./jun. 2008.

BUSSINGER, R.V. *Nem que a morte os separe*: trajetória de mães de filhos assassinados e representação social de justiça. Curitiba: Juruá Ed., 2010.

CORREIA, M. de J. Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, v. 16, n. 3, p. 365-371, 1998.

DALBOSCO, C. *Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens*: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento. 2006. 216 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Clínica, Brasília, 2006.

FREIRE, F. País registra um Carandiru por dia. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 15 dez. 2011.

FREITAS, R. de C.S. Famílias e violência: reflexões sobre as mães de Acari. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 69-103, 2002.

FONSECA, C. Ser mulher, mãe e pobre. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 510-553.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 191-197, abr. 2005.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M.H.P. de. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 627-633, ago. 2005.

JACKSON, D.; MANNIX, J. et al. Research paper: giving voice to the burden of blame: a feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, Carlton, v. 10, n. 4, p. 150-158, 2004.

KIMURA, A.F. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel maternal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 31, n. 2, p.339-343, ago. 1997.

KITZINGER, S. *Mães*: um estudo antropológico da maternidade. 2. ed. Lisboa: Presença, 1996.

LA HISTORIA de las Madres de Plaza de Mayo: érase una vez catorce mujeres. *MU*: el periodico de Lavaca, Buenos Aires, abr. 2007. Disponível em: <http://lavaca.org/notas/la-historia-de-las-madres-de-plaza-de-mayo-erases-una-vez-catorce-mujeres>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

LOLIS, D. Homicídios de jovens e segregação socioespacial em Londrina. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 31, n. 2, p. 221-240, jul./dez. 2011.

LUTO como mãe. *Blog*, [S.l.], [2011]. Disponível em: <<http://lutocomomae.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

MADRES y abuelas de plaza de mayo: historia de las Madres de Plaza de Mayo. Asociación Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires, 1995. Disponível em: <http://www.madres.org/navegar/nav.php?idsitio=5&idcat=906&idindex=173>. Acesso em: 15 mar 2014.

NOBRE, C. *Mães de Acari: uma história de protagonismo social*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Pallas, 2005.

NÓBREGA JÚNIOR, J. M. A dinâmica dos homicídios no Nordeste e em Pernambuco. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 3, n. 10, p. 51-74, out./dez. 2010.

207

OLIVEIRA, P. de. “*Preciso de justiça para ter paz*”: a busca por justiça entre familiares de vítimas de homicídios perpetrados por policiais militares em Salvador. 2010. 82 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. [Tradução de Maria Helena Franco Bromberg]. São Paulo: Summus, 1998. (Novas buscas em psicoterapia, 56).

PERES, M. F. T.; SANTOS, P. C. dos. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 58-66, jan. 2005.

PIMENTEL, A. M. “*Um fazer para alimentar a alma*”: uma etnografia das práticas juvenis em um bairro da cidade de Salvador. Salvador: EDUFBA, 2016.

PROJETO consolação: do luto para a luta. *Blog*, [S.l.], fev. [2011]. Disponível em: <<http://dolutuparaluta.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

REINART, R. *Missão em contextos de violência: desespero e esperança de mulheres cujos filhos foram assassinados em Salvador/Bahia*. 2010. 313f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Teológico São Paulo, Pontifício Ateneu Santo Anselmo, São Paulo, 2010.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 745-755, ago. 2011.

SOIHET, R. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 362-400.

SOUZA, E. R. de. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 45-60, 1994. Suplemento 1.

TOMASI, J. M. Dor de filhas, irmãs, mães e esposas: as mulheres enlutadas na rede social do Orkut no Brasil (2004-2011). *Revista Ártemis*, João Pessoa, v. 13, p. 187-198, jan./jul. 2012.

VIANNA, A.; FARIAS, J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 37, p. 79-116, jul./dez. 2011.

208

WAISELFISZ, J. J. *Homicídios e juventude no Brasil: mapa da violência 2013*. Secretaria-Geral da Presidência da República: Brasília, 2013. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf. Acesso em: 15 mar 2014.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. (Org.). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PARTE 3

**O BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR COMO
OBJETO DE PESQUISA**



PERFIL DE EGRESSOS DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA EM 2012

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO

VANESSA PRADO DOS SANTOS

BRUNO ADELMO FERREIRA MENDES FRANCO

TÂMILA PIRES DA SILVA

INTRODUÇÃO

O Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde da UFBA surge em um contexto no qual se afirma que a integralidade das ações em saúde deve ser precedida pela integralidade do ensino em saúde. As fortes mudanças ocorridas no setor saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), forçaram um necessário e importante repensar sobre a formação dos novos profissionais. Com uma proposta inovadora, o BI em Saúde cria a possibilidade de o aluno transitar por diversas áreas do conhecimento, realizar diversas trajetórias acadêmicas e conviver com sujeitos de distintas realidades, oferecendo uma graduação generalista, compatível com as atuais necessidades do campo da Saúde.

Percebe-se, com o BI em Saúde, que a formação do discente vai além da aquisição de conhecimentos técnico-científicos. Enquanto um projeto inovador, o BI em Saúde coloca a aprendizagem em um patamar além da aplicação imediata do conhecimento, impulsionando o sujeito a criar e a responder a desafios, a ser capaz de gerar novas tecnologias e de manter a habilidade de aprender e recriar permanentemente. Os BI proporcionam, assim, uma formação com foco na interdisciplinaridade e no diálogo entre as áreas do conhecimento e entre componentes curriculares, estruturando as trajetórias formativas na perspectiva de uma flexibilidade. (ALMEIDA FILHO, 2007)

212

Nesse contexto, é muito importante investigar quem são os bacharéis em saúde formados por esse novo modelo educacional. O presente capítulo apresenta, então, parte dos resultados de uma pesquisa apoiada pelo Edital PROPCI-PROEXT-PROPG/UFBA 01/2012 PROUFBA ENCOMENDA, que tinha como uma de suas linhas temáticas o “Perfil do Alunado, dos Ingressos e dos Egressos da UFBA, em especial dos Bacharelados Interdisciplinares”. (UFBA, 2012b) Aqui descreveremos o perfil dos egressos da primeira turma do BI em Saúde, do turno noturno, que iniciaram suas atividades acadêmicas em 2009 e formaram em janeiro de 2012.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo-exploratório. (MINAYO, 1993) Para definirmos o perfil dos egressos do Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde, utilizamos como instrumento para coleta de dados um questionário semiestruturado, usando a ferramenta *Lime Survey*. Esse questionário foi construído pela equipe da pesquisa e, a título de pré-teste, foi aplicado a cinco estudantes egressos, bolsistas do projeto, que o consideraram de fácil compreensão e não apontaram problemas em respondê-lo; apenas sugeriram algumas modificações, que foram prontamente aceitas. Assim, incluímos e refizemos algumas questões, chegando à versão final, melhor adequada aos objetivos do estudo.

A versão final do questionário continha 62 questões, divididas em objetivas, de múltipla escolha e discursivas. O link do questionário foi enviado para os e-mails dos egressos cadastrados no sistema acadêmico da UFBA e estabeleceu-se um prazo para resposta. Uma vez retornados os questionários, passamos à análise de todo o material coletado, com base no referencial da análise de conteúdo, de Bardin (2009). O presente capítulo tratará apenas dos dados referentes ao perfil dos egressos.

PERFIL DOS EGRESSOS EM 2012

No ano de 2012, 52 alunos foram graduados no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, dos quais 33 estudantes participaram desta pesquisa, representando 63,5% do total de egressos do BIS do ano de 2012. Desses, 24 (72%) eram mulheres e 9, homens (27%), mostrando uma predominância feminina neste particular BI, em relação, por exemplo, a áreas como Matemática, Física, Química e Engenharias, em que o predomínio de homens é relativamente maior. (ANDIFES, 2011)

No que diz respeito a esse dado, chama atenção o fato de praticamente 72,73% do quadro estudantil de egressos ter sido constituído por mulheres. Tal dado vai de encontro ao perfil predominantemente feminino dos alunos ingressos no curso, em 2009, levantado através de pesquisa progressa. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a) Essa predominância feminina em cursos da área da saúde é compartilhada por muitos outros autores. A tendência crescente da participação feminina nos cursos de saúde vem de algumas décadas, ocorrendo em diversos países. Há relatos na literatura que a maior participação de mulheres em cursos da área da saúde é explicada em função do papel de cuidadora atribuído às mulheres, e estudos demonstram, por exemplo, a predominância de mulheres nos cursos de Enfermagem, com percentuais variando de 89% a 97,8%. (SANTOS; LEITE, 2006; WETTERICH; MELO, 2007)

Quanto à idade, no dia da formatura, 21 egressos (63,6 %) tinham até 25 anos, 7 (21,2%) de 26 a 30 anos, 4 (12,1 %) de 31 a 35 anos, e 1 (3,0 %) de 36 a 40 anos. A média das idades era 25 anos; a mediana, 23 e o desvio padrão, 5 anos. Assim, a idade média dos acadêmicos foi de 25 anos, com idade mínima de 20 e máxima de 39 anos. Uma média de idade semelhante (21 anos) foi encontrada em estudo sobre avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual do Centro Oeste – Paraná. (EURICH; KLUTHCOVSKY, 2008) Um estudo do perfil sócio demográfico de alunos ingressantes no Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, de 1999 a 2003, também demonstrou limites de idade bastante semelhantes, variando de 16 a 45 anos. (WETTERICH; MELO, 2007) É possível, ainda, que a presença de estudantes de idade mais avançada no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde se deva ao fato deste ser um curso noturno, o que facilita o acesso e possibilita conciliar o trabalho com o estudo. De todo modo, o aumento do percentual de alunos na faixa de 26 a 30 anos de idade (21,2%), quando comparado ao percentual de estudantes na faixa etária de 25 a 29 anos (12,9%), no momento de ingresso no curso (TEIXEIRA; COELHO, 2014a), nos mostra o efeito do deslocamento natural do tempo na vida desses estudantes.

Em relação à cor/raça, 14 egressos responderam ser pardos; 15, brancos; e 4, negros, havendo ainda as opções amarelo, indígena e outros, conforme a Figura 2, que apresenta as respectivas frequências relativas. Desse resultado, 42,4% se declararam pardos, 45,5% brancos e apenas 12,1% negros. Esse dado aponta para uma grande diferença, se comparado aos dados apresentados pelo projeto da UFBA “A cor da Bahia”, em 2001, que mostra um percentual de 42,6% de negros matriculados nos cursos desta Universidade. (UFBA, 2010)

De acordo com os dados do documento “UFBA em números”, o percentual de candidatos autodeclarados negros entre os classificados no processo seletivo, no ano de 2009, na UFBA, para os Bacharelados Interdisciplinares, é de 18,5%, o que mostra que eles são uma minoria dentre os que se classificaram, nessa data, para este curso. (UFBA, 2009) Tal situação se acentuou no momento da formatura, quando os autodeclarados negros representavam 12,12% dessa turma.

No que diz respeito ao estado civil, 26 egressos eram solteiros (78,8%); 5, casados (15,1%); e 2 possuíam união estável (6,0%). Em relação à prole, 27 (81,8%) responderam não ter filhos, enquanto 6 (18,2%) afirmaram ter um filho. Os dados referentes à situação conjugal, bem como à prole, corroboram com o padrão dos jovens da área da saúde. Em sua grande maioria, os estudantes são solteiros. O universo total de estudantes solteiros é de 86,6%, segundo a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. (ANDIFES, 2011) Um estudo acerca do perfil sócio demográfico de estudantes de odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mostra dados semelhantes, os quais apontam para um universo de 96,4% de estudantes solteiros e de 98,3% sem filhos. (ANDIFES, 2011; TOASSI et al., 2011)

Quanto à natureza da instituição onde cursou o Ensino Médio, 9 (27,2%) responderam ser egressos de escolas da rede pública; 22 (66,7%), de escolas da rede particular; e 2 (6,1%), de escola particular com bolsa. Esses dados confirmaram os encontrados pela pesquisa realizada com os alunos, no momento de ingresso no curso, em 2009, em que 67,1% eram provenientes de escolas particulares. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a) Estudos têm mostrado que as áreas jurídicas e da saúde são as que concentram maior percentual de alunos que estudaram todo o ensino médio em escolas da rede privada. (ANDIFES, 2011) Cabe, entretanto, ressaltar que a UFBA adota o regime de cotas, que estabelecia, na época, reserva de 43% das vagas em todos os cursos de graduação para estudantes que tivessem cursado todo o ensino médio e pelo menos uma série entre a quinta e a oitava do ensino fundamental na escola pública. Dessas vagas, pelo menos 85% (oitenta e cinco por cento) eram destinadas aqueles que se declarassem

pretos ou pardos, e 2% das vagas em todos os cursos de graduação eram reservadas para estudantes que se declaravam índios descendentes e que tinham cursado desde a quinta série do ensino fundamental até a conclusão do ensino médio na escola pública. (UFBA, 2004, 2012)

Com relação à naturalidade, 18 (54,5%) egressos do BI em Saúde são da cidade de Salvador; 13 (39,4%), do interior da Bahia; e 2 (6,1%), do estado de São Paulo (Guaratinguetá e Guarulhos). Questionados sobre a cidade de moradia durante o BI, os 33 responderam morar em Salvador, sendo que 9 (27,2%) mudaram-se para esta cidade, para fazer este curso.

Especificamente sobre a localidade da moradia, ou ainda o bairro em que morou por mais tempo durante o curso, a Figura 3 ilustra a distância em quilômetros da residência dos 33 egressos do BI em Saúde, em 2012, até o campus de Ondina da UFBA, onde se localiza o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, sede dos BI. Nesse universo, 33,4% dos alunos moravam num raio de até 3 km do campus, enquanto que 27,3% residiam em locais com distância igual ou acima de 12km, localizando-se, os demais estudantes, entre 3 a 11 km do campus.

Dos 33 egressos, 15 moravam com os pais; outros 10, com demais familiares; 3, sozinho; 2, com companheiro(a); 1, com amigos; 1, com familiares e amigos; e 1, com companheiro(a) e filho(a). A literatura mostra que a maioria dos estudantes universitários vive com pais ou companheiros, seguido de residências de amigos e familiares. (ANDIFES, 2011; CARDOSO; SAMPAIO, 1994) Os dados também revelam que a grande maioria dos egressos do BI em Saúde já residia em Salvador quando ingressaram no curso (72,73%).

Estudos anteriores também mostram que essa realidade é compartilhada pela maioria dos alunos das diversas instituições de ensino, que é da mesma cidade em que se situa a Instituição Federal de Ensino Superior (IFES). A título de exemplo, o estudo citado acerca do perfil sócio demográfico de estudantes de odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aponta que 89% dos alunos já moravam na mesma cidade da IFES quando iniciaram o curso. (TOASSI et al., 2011) É importante destacar que os participantes desta pesquisa ingressaram na UFBA em 2009, ano em que o processo seletivo ainda era realizado via vestibular, que restringia as cidades para a realização das provas, experimentando, desta forma, uma menor quantidade de estudantes de outras regiões e, conseqüentemente, uma maior quantidade de estudantes residentes em Salvador. Desde o ano de 2010, entretanto, muitas Universidades Federais têm adotado o Exame Nacional do Ensino médio (ENEM) para ingresso nos cursos de graduação. A Universidade Federal da Bahia aderiu, em 2010, ao ENEM, para preenchimento das vagas nos Bacharelados Interdisciplinares. (TEIXEIRA;

COELHO, 2014b) Nos últimos quatro anos, portanto, a UFBA vem passando por uma grande transformação, ao receber alunos das mais diferentes cidades do Brasil.

Questionados sobre se exerceram outra atividade paralela ao BI, durante o curso, 21 (63,6%) responderam que não, 11 (33,4%) trabalhavam e 1 (3,0%) fazia outro curso superior. No que diz respeito à quantidade de horas por semana que o discente havia gasto nessa atividade paralela durante o BI, 7 (58,3%) responderam até 20h; 2 (16,7%), até 30h; 2 (16,7%), até 40h; e apenas 1 (8,3%) em doze respondeu mais de 40h. Com relação à pergunta sobre se essa atividade paralela levou a uma perda de desempenho durante o BI, 2 (16,7%) responderam que sim; 5 (41,7%), que parcialmente; e 5 (41,7%), que não.

216

Verificamos, assim, que dentre os pesquisados, 33,33% dos alunos trabalhavam durante o BI em Saúde. Cardoso e Sampaio, em 1994, pesquisaram a relação existente entre trabalho e estudo universitário, através de uma revisão bibliográfica, e mostraram que, naquela época, estudo e trabalho não eram atividades excludentes; ao contrário, o estudante que trabalhava era uma realidade cada vez mais presente nas instituições de ensino superior no Brasil. Embora haja uma correlação entre a renda familiar e o trabalho do estudante, o que chama a atenção é que o percentual de estudantes que trabalham, mesmo na faixa mais alta de renda, mantém-se superior a 50% para o conjunto dos cursos. A explicação para o trabalho do estudante não pode limitar-se, portanto, aos condicionantes socioeconômicos, mesmo porque a grande maioria do público universitário continua sendo da classe média.

Nagai, em 2009, ressaltou que estudar e trabalhar, ao mesmo tempo, é considerado fator de grande estresse físico e emocional. Em estudo realizado com estudantes da Universidade de São Paulo, a bióloga mostrou que os universitários que trabalham durante o dia e estudam à noite apresentam redução no tempo de sono durante os dias úteis da semana e têm “rebote de sono” aos finais de semana. A combinação entre trabalho e grande intensidade de estudo costuma comprometer o desempenho e pode ainda estar relacionada com a evasão universitária.

Questionados sobre a mobilidade, especificamente sobre quanto tempo gastavam por dia, com transporte, para chegar ao Campus de Ondina, 17 (51,5%) responderam até 30 minutos; 7 (21,2%), entre 30 minutos e 1 hora; 6 (18,2%), entre 1 e 2 horas; e 3 (9,1%), por mais de 2 horas. O ônibus era o meio de locomoção mais utilizado para chegar até a UFBA, sendo que 18 alunos responderam esta opção; 12 utilizavam automóvel próprio, 2 iam a pé e 1 utilizava transporte pago. Em estudo realizado em todo o Brasil pela ANDIFES, em 2011, a grande maioria dos alunos também

utilizava, como principal meio de locomoção, o ônibus. É importante destacar que, aproximadamente, um terço dos egressos utilizava cerca de uma hora ou mais para chegar à Universidade. Aspectos ligados ao trânsito, à distância e à magnitude da cobertura da frota de ônibus em nossa cidade podem colaborar para tal realidade. A Tabela abaixo fornece uma síntese das principais características do perfil desses egressos.

TABELA 1 – SÍNTESE DO PERFIL DOS EGRESSOS DO BI EM SAÚDE EM 2012

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1												
2	Sexo	Masculino	9									
3		Feminino	24									
4	Cor	Branco	15									
5		Pardo	14									
6		Preta	4									
7	Estado civil	Solteiro	26									
8		Casado	5									
9		União estável	2									
10	Filhos	Sim	6									
11		Não	27									
12	Naturalidade	Bahia	31									
13		Outros estados	2									
14	Atividade paralela	Sim	12									
15		Não	21									
16	Transporte	Ônibus	18									
17		Próprio	12									
18		Alugado	1									
19												
20												
21												
22												

Fonte: Elaborado pelos autores.

Perguntados sobre as principais fontes de informação utilizadas durante o BI, podendo marcar mais de uma opção, 32 (96,9%) responderam internet; 18 (54,6%), televisão; 17 (51,5%), livros; 6 (18,2%), rádio; 6 (18,2%), revistas; 5 (15,1%) responderam jornais impressos; e 1 respondeu “artigos científicos”. A literatura tem mostrado que a internet vem substituindo os telejornais como principal fonte de informação. Segundo os dados do relatório da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES, 2011), enquanto 70% dos estudantes utilizam a internet como principal fonte de informação, apenas 20% opta pelos telejornais. Questionados a respeito do hábito de leitura, 31 (93,9%) responderam ler sobre temas ligados aos estudos; 17 (51,5%), leituras gerais; 9 (27,3%), literatura; 5 (15,1%), sobre temas ligados ao trabalho; 1 (3,0%) respondeu ler sobre violência, saúde, iniquidades, desigualdades, política e revoluções.

Quando perguntados sobre o que mais gostam de fazer no tempo livre, as opções com maior número de marcações foram: navego na internet – 26 (78,8%); saio com amigos e vou ao cinema/galerias – 24 (72,7%); fico em casa – 21 (63,6%). De maneira menos acentuada, foram marcadas: vou a

praia – 15 (45,4%); saio para dançar – 12 (36,3%); vou ao teatro e vou a museus – 5 (15,1%); vou à igreja/templo/terreiro – 3 (9,1%); fotografo – 1 (3,0%); viajo – 1 (3,0%). É um dado significativo o elevado uso da internet durante o tempo livre, o que sugere que os egressos utilizavam bastante esse ambiente como ferramenta para diversão.

Instados a responder sobre a disponibilidade de computador ou netbook próprio durante o curso do BI, 32 (96,9%) responderam afirmativamente e 1 (3,1%), negativamente. Cabe ressaltar aqui que, no ano de 2010, o IHAC disponibilizou 500 netbooks para uso dos discentes, além de rede de internet sem fio e de distribuição gratuita de pen drive para uso pessoal. Questionados quanto à utilização desses netbooks da universidade, 12 (36,3%) responderam que os utilizavam e 21 (63,7%) que não. Todos os alunos que fizeram uso desse equipamento os utilizaram com a frequência de um a três dias por semana. Embora apenas 1 aluno não possuísse computador, os dados apontam que 12 utilizavam os netbooks fornecidos pelo IHAC, o que parece demonstrar que a falta de segurança pública deixava os alunos receosos de locomover-se com computador próprio.

Perguntados sobre quais programas de computador eles dominam atualmente, 32 (97%) responderam Office (Word, Excel, Power Point); 30 (91%), ferramentas de busca na internet, redes sociais, blogs; 13 (40%), programas de edição de imagens; 10 (30,3%), programas de edição de vídeo; 9 (27,3%), jogos; 9 (27,3%), banco de dados; 4 (12,1%), edição de som/áudio e 1 (3,0%) sinalizou que não tinha domínio de computador. Dentre esses egressos, 10 (30,3%) apontaram ter ampliado o domínio sobre programas de computador ao longo do BI em Saúde, 10 (30,3%) ressaltaram não ter ampliado seu domínio aí e 13 (39,4%) responderam ‘parcialmente’ sobre essa questão.

Já sobre o aperfeiçoamento do conhecimento em língua estrangeira durante o BI, 13 (39,4%) responderam que sim; 12 (36,4%), parcialmente; e 8 (24,2%), que não. A predominância desse aperfeiçoamento se deu com a Língua Inglesa (57,6%), embora houvesse opções de Espanhol, Francês, Italiano e Alemão de forma gratuita e recomendada, mas não obrigatória, na matriz curricular do curso. Esses dados corroboram estudos anteriores, que mostram que cresce o conhecimento das línguas inglesa e espanhol. Verifica-se um constante acréscimo na quantidade de estudantes com domínio de línguas estrangeiras. (ANDIFES, 2011) Essas mudanças podem ser explicadas pela contínua busca de profissionais mais qualificados, para o mercado de trabalho, com domínio de língua estrangeira. Essa mudança pode assim ter motivado os estudantes à busca por dominar diferentes línguas. (GIRARDI, 1999)

Questionados sobre o ingresso em cursos de graduação anteriores ao BI Saúde, 21 (63,7%) responderam negativamente e 12 (36,3%),

afirmativamente, o que confirma os achados de uma pesquisa anterior, feita com o conjunto de estudantes dessa turma, quando ingressaram no curso. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a) Podemos conjecturar que cerca de um terço desses egressos do BI vislumbrou essa nova modalidade de curso como uma forma de enriquecimento de sua formação prévia, escolha e ou passagem para outro curso profissionalizante. Aqueles que responderam afirmativamente haviam realizado os seguintes cursos: Biologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Direito, Comunicação, Letras Vernáculas, Bacharelado em Segurança Pública e Agronomia. Desses alunos, 8 concluíram o curso anterior, 5 interromperam, e os restantes não responderam.

À época desta pesquisa, os egressos do BI Saúde haviam escolhido dar continuidade a seus estudos nos seguintes cursos profissionalizantes: Medicina (82%), Saúde Coletiva (6%), Enfermagem (6%), Odontologia (3%) e Engenharia Química (3%). A grande maioria permaneceu na UFBA. Em números, dos 33 egressos do BI em Saúde, participantes desta pesquisa, 30 (90,9%) estavam realizando cursos de progressão linear (CPL) e 3 (9,1%) não. Desses 30, 27 estavam fazendo um curso na UFBA; 2, na UNIFACS; e 1, no estado do Espírito Santo; sendo que 24 estavam cursando Medicina; 2, Saúde Coletiva; 2, Enfermagem; 1, Odontologia; e 1, Engenharia Química. Dos 33 egressos, 25 não estavam trabalhando e 8 sim.

Questionados sobre quais eram os seus projetos pessoais para os próximos anos, 25 (75,76%) responderam que pretendiam continuar os estudos no CPL da UFBA; 12 (36,4%), fazer uma pós-graduação (Especialização, Mestrado ou Doutorado); 4 (12,1%), ingressar em curso de progressão linear profissionalizante em outra Universidade/Faculdade; 3 (9,1%), ingressar em curso de progressão linear profissionalizante na UFBA; 2 (6,1%), fazer outro BI; 2 (6,1%), continuar trabalhando na área do BI; dentre outros. Grandes planos estão sendo traçados pelos egressos dos BI em Saúde. Alguns pretendem, inclusive, ser professor do IHAC.

CONCLUSÕES

Conhecer o perfil de egressos é de grande valia para a gestão universitária, suas políticas, diretrizes, operacionalização da tríade ensino, pesquisa e extensão, e proposição de melhorias. (MEHEDFF, 1999; MICHELAN et al., 2009) Para formar cidadãos críticos, comprometidos e capazes de equacionar e solucionar os novos problemas que estão surgindo, é de fundamental importância que as instituições de ensino superior realizem ajustes constantes em seus processos acadêmicos. Nesse sentido, o estudo do perfil de egressos favorece a melhoria da qualidade de ensino de seu curso,

ainda mais quando se trata de um novo curso, interdisciplinar, pioneiro no cenário nacional da educação superior em saúde.

Os dados do perfil dos egressos avaliados, como, por exemplo, idade, origem do ensino médio, sexo, raça, além de suas preferências e seus hábitos, foram importantes no sentido de permitirem traçar as características de parte do alunado, que integrou a primeira turma de diplomados, no BI em Saúde.

Verificamos, assim, que esse grupo de egressos é composto por uma maioria de jovens, solteiras, brancas e pardas, sem filhos, oriundas do próprio Estado da Bahia, que fizeram o ensino médio em escola particular, estavam cursando a sua primeira graduação universitária, moravam com os pais, não exerciam atividade paralela ao curso e se locomoviam de ônibus para a universidade. Esses egressos possuíam computador próprio, utilizavam predominantemente a internet como meio de informação e diversão, e liam principalmente sobre temas ligados aos estudos. Eles dominavam os softwares do pacote Office; as ferramentas de busca na internet, redes sociais e blogs; e tinham aperfeiçoado seu conhecimento de língua estrangeira no BI. No que diz respeito ao lazer, sair com amigos e ir ao cinema ou galerias foram opções muito apresentadas por eles. A grande maioria desses estudantes havia iniciado o curso de medicina na UFBA e pretendia dar continuidade a seus estudos, inclusive em nível de pós-graduação. Alguns almejavam se tornar futuros professores do IHAC.

É importante novamente destacar que essa primeira turma de egressos adentrou esta universidade através do vestibular, num tempo em que o BI em Saúde ainda era relativamente pouco conhecido pelo conjunto da sociedade. As turmas subsequentes tiveram o número de vagas triplicado de 100 para 300 e a seleção de entrada se deu através do ENEM (TEIXEIRA; COELHO, 2014b), o que possibilitou a ampliação do acesso ao BI por parte de segmentos menos favorecidos socialmente. Nesse sentido, o surgimento de novos estudos acerca do perfil de egressos é de fundamental importância para o levantamento das características de outros egressos, de turmas e datas posteriores a esta, contribuindo, assim, para a reflexão, o planejamento e o desenvolvimento de ações institucionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília, Ed. UnB; Salvador: EDUFBA, 2007.

ANDIFES. *Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras*. Fórum nacional de Pró-Reitores de assuntos comunitários e estudantis (FONAPRACE). Brasília, 2011.

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.
- CARDOSO, R. C. L.; SAMPAIO, H. Estudantes universitários e o trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 26, p. 30-50, out. 1994.
- EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 211-220, dez. 2008.
- GIRARDI, S. N. Aspectos do mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica e conexões. In: SANTANA, J. P. S.; CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p. 125-150.
- MEHEDFF, N. G. *A avaliação da educação e a inserção dos egressos do ensino médio no mercado de trabalho*. Brasília: INEP, 1999.
- MICHELAN, L. S. et al. Gestão de egressos em instituições de ensino superior: possibilidades e potencialidades. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA DO SUL. 9., 2009, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2009. p. 1-16.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. (Saúde em debate, 46).
- NAGAI, R. *O trabalho de jovens universitários e repercussões no sono e na sonolência: trabalhar e estudar afeta diferentemente homens e mulheres*. 2009. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- SANTOS, C. E. dos; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 2, p. 154-156, mar./abr. 2006.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. A construção do projeto pedagógico do BI Saúde: transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 53-72.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. Processo de implantação do projeto pedagógico do BI Saúde 2008-2011: Fazendo caminhos ao andar. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 73-107.
- TOASSI, R. F. C. et al. Perfil sociodemográfico e perspectivas em relação à profissão do estudante de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 25-32, jan./dez. 2011.

UFBA. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução 01/04. Altera a Resolução 01/2002 do CONSEPE. Estabelece reserva de vagas na seleção para os cursos de graduação da UFBA realizada através do Vestibular. Salvador, 24 jul. 2004.

UFBA. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução 03/2012. Altera o Art. 3º e o Art. 5º da Resolução nº 01/2004 do CONSEPE. Salvador, 12 nov. 2012a.

UFBA. *Edital PROPCI-PROEXT-PROPG/UFBA 01/2012 PROUFBA ENCOMENDA*. Salvador, 2012b. Disponível em: <https://sapi.ufba.br/sapi/Welcome.do>. Acesso em: 13 jun. 2014.

UFBA. *Evolução dos números da UFBA*. Salvador, 2009.

222

UFBA. *Memorial da universidade nova: UFBA 2002–2010*. Salvador: EDUFBA; 2010.

WETTERICH, N. C.; MELO, M. R. A. da C. Perfil sociodemográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007.

A PERCEPÇÃO DOS GRADUADOS DO BI EM SAÚDE SOBRE A TRAJETÓRIA ACADÊMICA NO CURSO NO PERÍODO 2009-2011

VERÔNICA DE LIMA VIDAL MOTA
CARMEN FONTES TEIXEIRA

INTRODUÇÃO

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI em Saúde), implantado na Universidade Federal da Bahia (UFBA), configura-se numa iniciativa pioneira no Brasil, existindo experiência similar apenas na Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Este curso visa contribuir para a superação dos principais entraves da formação de pessoal na área, quais sejam a dissociação entre o processo de construção do Sistema Único de Saúde e a manutenção do modelo de educação superior que privilegia a formação profissional com tendência à especialização precoce, fragmentação do processo de trabalho e perda da dimensão humanística no cuidado à saúde das pessoas (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996; PEDUZZI, 2003; PIERANTONI, 2001; TEIXEIRA; PAIM, 1996), bem como a restrita

percepção da necessidade de trabalho em equipe e ausência de compromisso cidadão dos profissionais com o SUS. (ALMEIDA FILHO, 2011; CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003; OLIVEIRA; ALVES, 2011; MORETTI-PIRES, 2009)

Dada a importância dessa experiência inovadora, decidiu-se investigar a percepção dos estudantes da primeira turma (2009-2011) sobre a vivência no curso, pesquisa que incluiu a caracterização do perfil sócio demográfico e cultural dos graduados, sua percepção sobre a vivência na universidade e acerca de diversos aspectos da trajetória acadêmica no BI em Saúde. (MOTA, 2014) Este capítulo explicita as noções e conceitos utilizados como referencial para a análise dos resultados encontrados com relação à percepção sobre o curso, expostos e discutidos em seguida.

224

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A análise da percepção dos graduados do BI em Saúde sobre sua trajetória acadêmica toma como ponto de partida a concepção de “vida universitária” proposta nos estudos de Coulon (2008). Para este autor, a “entrada na vida universitária” constitui-se numa passagem, que ocorre em fases, nas quais se faz necessário aprender o ofício de estudante, que significa a aprendizagem necessária das regras e rotinas do ensino superior, do uso das instituições e assimilação das rotinas, bem como do agir em prol da sua legitimação, ou seja, do reconhecimento do seu saber pelos professores.

Considerando que o estudante não necessariamente toma consciência dessa passagem, e vive sua trajetória na universidade como um conjunto de experiências singulares, cujo sentido pode inclusive lhe escapar, tratou-se de analisar a percepção dos estudantes sobre a vivência no BI em Saúde, entendendo-a como uma experiência que compõe o aprendizado do “ofício de estudante”. Desta maneira, buscou-se enriquecer a compreensão desse processo, a partir da revisão do conceito de “experiência”, no âmbito da filosofia da educação, apoiando-se em Lorossa Bondía (2002, p. 21), para quem a experiência é “o que nos passa, o que os acontece, o que nos toca”.

No caso, a análise da percepção dos graduados sobre a experiência no curso diz respeito à compreensão da experiência como a relação estabelecida entre o estudante e o curso, incluindo o itinerário percorrido durante a formação. Com isso, admite-se que a “vida universitária” dos estudantes do BI representa uma experiência singular quando comparada a dos estudantes que ingressam em cursos de progressão linear (CPL), cabendo investigar os possíveis significados construídos ao longo de sua trajetória acadêmica.

Para isso, foi aplicado um questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, aos egressos da primeira turma, obtendo-se a adesão de 34 graduados (65, 4% do total) de forma voluntária, sendo assegurada a confidencialidade das informações e sigilo nominal.¹ As informações registradas nos 34 questionários foram processadas através do programa EPIDATA (versão 3.1), sendo selecionadas, para este capítulo, as respostas obtidas às 19 perguntas específicas acerca da percepção sobre o curso.

MOTIVAÇÃO PELA ESCOLHA DO BI EM SAÚDE

Um dos pressupostos que fundamentam a proposta de implantação dos Bacharelados Interdisciplinares é que o modelo de ensino tradicional, centrado em cursos profissionalizantes, tem provocado uma escolha precoce por carreiras, o que está associado, inclusive, às elevadas taxas de evasão verificadas na maioria dos cursos desse tipo. A opção pelos bacharelados, nessa perspectiva, é vista como uma oportunidade para os estudantes amadurecerem sua escolha profissional, na medida em que têm oportunidade, durante o curso, de conhecerem melhor em que consiste cada profissão da área.

225

Considerando, também, as características da implantação dos Bacharelados Interdisciplinares na UFBA, ou seja, a possibilidade dos graduados destes cursos ingressarem num curso profissionalizante, mediante avaliação do desempenho acadêmico, é possível que a motivação por ingressar nos Bacharelados Interdisciplinares esteja vinculada ao interesse futuro dos estudantes quanto à escolha e ingresso em cursos que contam com elevada demanda, a exemplo, no caso do BI em Saúde, do curso de Medicina.

Diante do exposto, os estudantes foram indagados sobre “O que motivou a sua opção pelo BI em Saúde?”. As respostas a esta questão foram submetidas a uma análise de conteúdo (GOMES, 2010), que permitiu identificar as principais palavras-chave, a partir das quais foi feita a classificação das respostas, adaptando-se a tipologia definida por Teixeira e Coelho (2014a) no estudo também realizado com esta primeira turma do BI em Saúde, no ano 2009. Assim, as respostas dos estudantes foram analisadas e agrupadas nas seguintes categorias: a) Ingresso num curso de progressão linear (profissionalizante); b) Dúvida na escolha da carreira

1 Os sujeitos da pesquisa foram identificados por nome de aves.

profissional; c) Insatisfação com outra graduação e renovação de carreira profissional; d) Proposta pedagógica inovadora do BI em Saúde; e) Acesso à universidade. Cabe registrar que foram atribuídos nomes fictícios aos entrevistados visando preservar o sigilo de sua identidade.

A motivação que aparece com mais frequência corresponde ao interesse dos estudantes por ingressar num curso de progressão linear (profissionalizante), conforme trechos transcritos a seguir:

Desinformada de como era a proposta do BI, eu ingressei neste com o objetivo de utilizá-lo como uma passagem para o CPL que eu pretendia cursar posteriormente. (Sabiá-pimenta).

226

Era tudo o que eu queria [...] principalmente pela possibilidade de ir para qualquer curso ao final. Fiz os outros vestibulares, mas nem fui fazer a segunda fase do que passei em Minas (em Medicina), depois que descobri que tinha passado no BI. (Uí-pi) (Informação verbal).

Além disso, algumas respostas expressam o interesse em apreender a multiplicidade de conhecimentos e culturas que não são contemplados nos modelos de formação tradicionais:

Eu sempre quis fazer Medicina, mas lamentava muito abrir mão de outros conhecimentos que sempre quis ter contato. (Cigarrinha-do-norte).

Uma formação rica (ampla), uma vez que perpassa pelos conhecimentos humanísticos, artístico, etc, somado à possibilidade de ao final do curso ingressar em um curso de progressão linear de minha escolha. (Papa-piri). (Informação verbal).

Outro motivo alegado para a opção pelo BI em Saúde diz respeito à dúvida na escolha da carreira profissional. Para alguns graduados, existia um prévio direcionamento para o exercício de profissões da área da saúde, embora não expressassem qual profissão, enquanto para outros a dúvida quanto à carreira também se estendia à área de atuação, sendo a experiência no BI em Saúde vislumbrada como a possibilidade de conhecer distintas áreas:

Interessei-me muito pela proposta do curso, principalmente pela experiência de poder vivenciar outras áreas e não só a saúde, essa experiência de poder transitar por diversos campos do conhecimento me fez despertar um grande interesse em fazer o BI em Saúde, pois ainda não tinha decidido qual CPL iria seguir. (Flautim-pardo)

Quando prestei vestibular estava muito confuso sobre qual carreira profissional seguir, e a proposta do BI multidisciplinar me motivou a escolhê-lo na intenção de “me descobrir” durante o curso. (Soldadinho) (Informação verbal).

Um estudante, inclusive, identifica lacunas na educação básica, que são intensificadas no processo de preparação para o vestibular, que não lhe permitiram inteirar-se sobre questões contemporâneas, sendo considerado o ingresso no BI em Saúde uma oportunidade para apreendê-las. Além desse aspecto, a escolha pelo BI em Saúde, embora diretamente vinculada à dúvida com relação à carreira profissional, expressa inseguranças sobre a vivência na universidade, suscitando o desejo de construir uma trajetória a partir da experiência no curso:

227

[...] ainda não tinha certeza a respeito de qual profissão seguir dentro da área da saúde, apesar de já vislumbrar algumas opções. Além disso, me considerava uma pessoa muito alheia aos assuntos que dizem respeito à sociedade, pois vivi grande parte da minha vida voltada para o estudo escolar e para o vestibular. Vi no BI a possibilidade de me aproximar de diversos tipos de conteúdos que sempre tive interesse [...] Decidi que seriam 3 anos em que eu iria explorar todo o conhecimento que eu tinha interesse. (Rouxinol)

[...] optei por esse curso por ter inúmeras dúvidas sobre que carreira seguir, como seria a universidade e como poderia construir meu caminho nela. (Ui-Pi) (Informação verbal).

Apenas um estudante declarou que a motivação pela escolha do BI em Saúde teve vinculação direta com o descontentamento com outros cursos de graduação, associando essa escolha ao interesse em aprimorar seu perfil profissional:

Insatisfação com outros cursos de graduação concluídos e vontade de experimentar algo novo e que trazia uma proposta adequada ao meu perfil profissional. (Formigueiro-ferrugem) (Informação verbal).

Outro conjunto de respostas expressa a percepção dos graduados acerca do caráter inovador do BI em Saúde, o que motivou seu interesse:

Gostei da proposta, por ser um curso múltiplo, que me propunha uma visão ampliada. (Estalinho)

Minha opção pelo curso foi motivada pelo seu caráter interdisciplinar, o que possibilitaria o contato com outras áreas do conhecimento

[...]o que me interessou muito, já que eu estava inconformada com a forma tradicional de entrada na universidade, e o conhecimento restrito a uma determinada área que me restringiria o saber. Eu tinha muito interesse em desenvolver outras habilidades, já que eu sentia ter potencial para isso [...]. (Pintassilgo) (Informação verbal).

O conteúdo das respostas aponta como elementos “inovadores” a autonomia na escolha dos componentes curriculares, bem como o tempo necessário para conclusão do BI em Saúde, outro aspecto positivo por conferir rapidamente uma diplomação superior, abrindo possibilidades de inserção no mercado. Entretanto, apenas um estudante fez referência à obtenção do diploma superior como motivo para escolha do curso.

228

[...] O fato de eu poder compor parte da minha própria grade curricular também foi motivador [...] Além disso, o curso se daria em um período de tempo menor [...] permitindo certificação de ensino superior, o que me atraiu no sentido de prestar concurso público e, ainda assim, poder cursar uma outra graduação posteriormente, aproveitando ou não disciplinas cursadas no BI. (Pintassilgo)

[...] A ideia de poder montar minha própria grade me fascinava, assim como poder conhecer outros cursos através dos componentes curriculares. (Borboletinha-do-mato) (Informação verbal).

A possibilidade de construir um perfil diferenciado, que permita a superação do imediatismo do retorno financeiro e a apreensão de uma visão ampliada do campo da saúde, também esteve presente nas respostas, como pode ser observado nos trechos selecionados.

Quando li o projeto, ainda no cursinho pré-vestibular, achei a proposta interessante, diferente. Encontrei no mesmo a oportunidade de me tornar um profissional diferente, que não pensasse apenas nos lucros financeiros após a graduação. (Borboletinha-do-mato)

[...] BI Saúde [...] oferecia uma visão diferenciada, contrapondo modelos hegemônicos de valorização do campo da saúde como espaço de mera reprodução tecnológica e desumanizada. (Amarelinho-do-junco) (Informação verbal).

A interdisciplinaridade foi um aspecto apontado de forma recorrente. O desenvolvimento da capacidade de apreensão da contribuição das diversas disciplinas artísticas, científicas e humanísticas para o entendimento do campo da saúde, seus objetos, práticas, políticas e saberes, é preconizado no projeto pedagógico do BI em Saúde (UFBA, 2010) e

faz parte das expectativas dos estudantes, conforme se constata nos trechos abaixo.

A minha motivação foi buscar entender melhor o ensino na perspectiva interdisciplinar com foco na saúde. (Papa-capim)

A possibilidade de desenvolver ações interdisciplinares, bem como relacionar conhecimentos no campo da saúde, com as áreas artísticas e humanísticas. (Pitiguari)

O currículo multidisciplinar, perpassando por diversas áreas do saber. Pude pegar matérias de humanidades, artes (principalmente dança) e ciência e tecnologia. Excelente experiência. (Assanhadinho) (Informação verbal).

229

A busca da formação geral, científica, humanística e artística, como contraponto a uma formação especializada típica dos currículos dos cursos profissionalizantes, é manifestada em alguns trechos, por estudantes que já sabiam qual curso profissionalizante seguiriam e também por aqueles que não tinham definido sua opção.

Fiquei encantado com a metodologia de ensino que seria aplicada e com o que poderia vivenciar em uma Universidade como a UFBA. Já tinha escolhido meu curso profissionalizante pretendido. Mas achei muito válida a ideia de permear por diversas áreas do conhecimento e ter contato com a área da Saúde Pública antes de ingressar em Medicina. (Bandeirinha)

Admirei a ousadia do projeto, que permitia ao aluno transitar pelas diversas áreas do saber, podendo decidir com mais maturidade e conhecimento a carreira que deseja seguir. (Perequito-rei) (Informação verbal).

Algumas respostas indicam que a “entrada na vida universitária” e a aprendizagem desencadeada, a partir de então, fazem parte do conjunto das motivações dos estudantes.

Em princípio, a oportunidade de cursar uma universidade pública de qualidade foi o que me motivou a prestar o vestibular naquele ano. Estava em dúvida quanto a que curso fazer, mas tinha certeza que seria algo na área da saúde. [...] Nunca tive medo do novo, de experimentar e viver novas experiências e por isso resolvi apostar no BI. (Saí-azul)

[...] conhecer o ambiente universitário; estudar as várias áreas do conhecimento. (João-de-roraima) (Informação verbal).

Em síntese, o interesse em seguir um curso profissionalizante confirma-se como o principal motivo para ingressar no BI em Saúde. Contudo, a partir da experiência vivida durante o curso, percebe-se que os estudantes reconhecem e valorizam determinadas características inovadoras, a exemplo da autonomia na construção da trajetória acadêmica, o acesso a uma formação geral e humanística e a interdisciplinaridade. Ademais, não se pode desconsiderar a importância conferida nesse processo à “entrada na vida universitária”, o estranhamento que acomete os iniciantes, o desejo de conhecer a instituição, de organizar-se e construir o seu caminho acadêmico.

230

CONHECIMENTO ACERCA DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

O conhecimento sobre o projeto político-pedagógico (PPP) do curso inclui o domínio da informação acerca das diretrizes e objetivos do curso e do fluxograma das disciplinas, conhecimento necessário para subsidiar as escolhas do estudante na construção de sua trajetória acadêmica. A análise da percepção dos estudantes sobre o PPP do BI em Saúde tratou de aferir o nível de conhecimento (amplo, parcial, muito pouco, inexistente) do referido documento quando da escolha pelo curso e no momento de sua conclusão.

No início do curso, apenas 23,5% (N=8) consideraram que tinham amplo conhecimento do PPP, sendo que a grande maioria (73%) considerou ter um conhecimento parcial, seguido por aqueles que consideraram muito pouco. Já ao final do curso, observa-se que a maioria dos graduados (N=30, 88,2%) informa ter amplo conhecimento do documento, enquanto apenas 11,8% (N=4) referiram ter um nível parcial de conhecimento (Tabela 1).

TABELA 1 - NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

Nível de Conhecimento	Momento da opção pelo curso		Atualmente	
	Nº	%	Nº	%
Amplo	8	23,5	30	88,2
Parcial	17	50,0	4	11,8
Muito pouco	8	23,5	-	-
Não tinha conhecimento	1	2,9	-	-
Total	34	100,0	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

O baixo grau de conhecimento sobre o PPP no início do curso pode ser explicado pelo fato de que naquele momento se dispunha apenas de um projeto pedagógico geral para os Bacharelados Interdisciplinares, sendo que a elaboração do PPP do BI em Saúde ocorreu de janeiro de 2009 até maio de 2010, quando o mesmo foi aprovado pelo Conselho Acadêmico de Ensino. Nesse processo, contou-se com ampla participação dos estudantes nos debates (TEIXEIRA; COELHO, 2014b), o que pode ter contribuído para a ampliação do grau de conhecimento, que se revelou ao final do curso.

Interrogados sobre o grau de integração do currículo (Tabela 2), apenas 20,6% (N=7) dos graduados consideraram-no bem integrado, havendo vinculação entre os eixos, módulos, componentes curriculares e atividades complementares. Metade dos respondentes (N=17) considerou o currículo relativamente integrado, seguido por aqueles que responderam que é pouco integrado (23,5%, N=8). Ademais, o percentual de 2,9% (N=1) considerou que inexistente integração entre os componentes curriculares, enquanto quantitativo equivalente não soube responder. Esse é outro achado que merece reflexão, de modo a identificar as dificuldades enfrentadas no processo de implantação do curso com respeito à integração curricular.

231

TABELA 2- AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO

Respostas	Nº	%
É bem integrado, havendo clara vinculação entre os eixos, módulos, componentes curriculares e atividades complementares.	7	20,6
É relativamente integrado, já que os componentes curriculares se vinculam apenas por módulos ou áreas de conhecimentos afins.	17	50,0
É pouco integrado, já que poucos componentes curriculares se interligam.	8	23,5
Não apresenta integração alguma entre os componentes curriculares.	1	2,9
Não sei dizer.	1	2,9
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

PERCEPÇÃO SOBRE A TRAJETÓRIA NO CURSO

A análise da percepção dos graduados sobre a trajetória no BI em Saúde levou em conta, inicialmente, como esses estudantes percebiam sua participação no planejamento semestral da matrícula, considerando-se a autonomia preconizada no projeto pedagógico. A maioria (58,8%, N= 20)

afirmou que tinha razoável autonomia na escolha dos componentes curriculares, seguido por 29,4% (N=10) que consideraram ter plena autonomia e apenas 11,8%, (N=4) assinalaram ter autonomia restrita (Tabela 3).

TABELA 3 – PARTICIPAÇÃO NO PLANEJAMENTO SEMESTRAL DA MATRÍCULA

Respostas	Nº	%
Tinha autonomia na escolha na escolha dos componentes curriculares.	10	29,4
Tinha razoável autonomia na escolha dos componentes curriculares.	20	58,8
Tinha restrita autonomia na escolha dos componentes curriculares.	4	11,8
Não tinha autonomia na escolha dos componentes curriculares.	-	-
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

232

Esses resultados podem estar refletindo a necessidade de ampliação do apoio das instâncias responsáveis pelo planejamento acadêmico nas diversas unidades da UFBA, o que reforça as observações de Teixeira e Coelho (2014b) sobre os entraves no processo de matrícula, quais sejam a baixa oferta de vagas em algumas unidades, a concentração de vagas em alguns componentes curriculares e a exigência de pré-requisitos em várias áreas.

Cabe, inclusive, investigar até que ponto os critérios definidos pela Resolução do Conselho Acadêmico de Ensino² – que regulamenta a entrada dos graduados em Bacharelado Interdisciplinar nos cursos de progressão linear –, podem estar incidindo sobre as opções dos estudantes, na medida em que privilegiam, no cálculo da pontuação do rendimento acadêmico para entrada no CPL, o desempenho obtido em componentes curriculares dos cursos onde o graduado pretende seguir sua formação.

O segundo aspecto analisado diz respeito à escolha da área para realização da segunda etapa do curso, a Etapa da Formação Específica. Conforme explicitado no PPP, o estudante tem duas opções: a primeira é ingressar em uma área de concentração, sob responsabilidade de uma unidade acadêmica específica, que oferece um conjunto de componentes curriculares direcionados a determinada temática do campo da saúde; a segunda é permanecer na Grande Área de Saúde, composta por componentes

2 A Resolução n.º 06/2011 estabelece que caso o número de postulantes seja superior ao número de vagas, a classificação obedecerá: 1) ter cursado área de concentração vinculada ao CPL pretendido e 2) maior coeficiente de rendimento, incluindo-se em sua fórmula, com pesos diferenciados, as notas obtidas nos componentes curriculares obrigatórios e optativos da área de conhecimento do BI e as notas obtidas nos componentes obrigatórios e optativos do CPL pretendido. (UFBA, 2011)

curriculares oferecidos pelas diversas unidades de ensino da área de saúde da UFBA e pelo próprio IHAC. (UFBA, 2010)

Para a primeira turma do BI em Saúde, foram oferecidas inicialmente quatro áreas de concentração: Biointeração (Instituto de Ciências da Saúde – ICS), Estudos em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde Coletiva), Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano (Instituto de Psicologia) e Estudos das Cidades (IHAC), essas últimas em comum com o BI de Humanidades. Metade (50%, N=17) dos graduados incluídos na pesquisa permaneceu na Grande área (Tabela 4), enquanto a outra metade inseriu-se em uma Área de Concentração, sendo que a maioria optou por Estudos em Saúde Coletiva (52,9%, N=9), seguida por Biointeração (41,2%, N=7) e Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano (5,9%, N=1).

233

TABELA 4 - OPÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA DO CURSO

Formação Específica	Distribuição Biointeração		Área de Concentração						
			Subjetividade e Comportamento Humano			Saúde Coletiva			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Grande Área da Saúde	17	50,0	-	-	-	-	-	-	-
Área de Concentração	17	50,0	7	41,2	1	5,9	9	52,9	
Total	34	100,0	7	41,2	1	5,9	9	52,9	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Outro aspecto analisado foi a percepção dos graduados acerca da sua participação no processo de ensino-aprendizagem, uma das ideias centrais do projeto pedagógico do curso, coerentemente com os princípios que fundamentaram a criação dos Bacharelados Interdisciplinares. (UFBA, 2008) As respostas dos graduados às questões relacionadas a esse aspecto (Tabela 5) apontam que praticamente a totalidade dos mesmos teve uma participação ativa nas atividades acadêmicas, porém de forma diferenciada, sendo que 76,5% (N=26) declararam que frequentavam aulas, interagem com docentes e colegas de turma e participavam de atividades extraclasse, seguido por 17,6% (N=6) que afirmaram que frequentavam aulas e interagem com docentes e colegas de turma e 5,9% (N=2) que afirmaram frequência às aulas e participação em atividades extraclasse.

TABELA 5 - PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Respostas	Nº	%
Somente frequentava as aulas.	-	-
Frequentava as aulas e interagia com docentes e colegas de turma.	6	17,6
Frequentava aulas e participava de atividades extraclasse.	2	5,9
Frequentava as aulas, interagia com docentes e colegas de turma e participava de atividades extraclasse.	26	76,5
Não tive participação ativa nas atividades de ensino-aprendizagem do curso.	-	-
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

234

Investigou-se especificamente a participação dos estudantes no processo de avaliação de aprendizagem. Apenas 29,4% (N=10) afirmaram que tiveram participação ativa, sendo que metade dos respondentes considerou que teve participação restrita (50%, N=17), seguido pelos que assinalaram que não tiveram oportunidades de participação (8,8%, N=3) e por aqueles que não souberam informar (8,8%, N=3). Esses achados (Tabela 6) podem indicar a existência de múltiplos fatores, a exemplo da persistência de uma postura docente inadequada num curso que se pretende inovador, daí a importância de se problematizar as metodologias de avaliação utilizadas no curso.

TABELA 6 - PARTICIPAÇÃO NOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Respostas	Quantitativo	
	Nº	%
Tive participação ativa, propondo tarefas a realizar na maioria dos componentes curriculares e atividades complementares.	10	29,4
Tive participação restrita, propondo tarefas a realizar em poucos componentes curriculares e atividades complementares.	17	50,0
Não tive oportunidades de participação.	3	8,8
Outro.	1	2,9
Não sei informar.	3	8,8
Total	34	99,9

Fonte: Elaborado pelos autores.

Percepção sobre a contribuição do curso para a formação acadêmica

As respostas relacionadas à percepção dos graduados sobre a contribuição do curso para a sua formação foram agrupadas de modo a analisar,

inicialmente, aquelas que dizem respeito às competências e habilidades que devem compor o perfil do graduado, seguidas pela análise da percepção sobre a principal contribuição do curso para a formação acadêmica. Quanto à contribuição do curso para a aquisição das competências e habilidades definidas no PPP, observa-se que, das nove competências elencadas, cinco delas apresentam percentual acima de 70%, sendo registrada pelos graduados a ampla contribuição do BI em Saúde para adquiri-las (Tabela 7). Os maiores percentuais referem-se à competência “Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo” (85,3%, N=29), seguida por “Atuar em equipes multi, pluri e interdisciplinares no campo da saúde” (82,4, N=28), esta última referida como uma lacuna dos cursos de saúde por vários autores. (ALMEIDA FILHO, 2011; CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003; OLIVEIRA; ALVES, 2011; MORETTI-PIRES, 2009) Cabe ressaltar que a aquisição dessas competências está prevista em um conjunto de componentes curriculares obrigatórios, quais sejam “Introdução ao campo da saúde”, “Campo da saúde: saberes e práticas” e “Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde”, nos quais são abordados conteúdos relativos à historicidade do conceito de saúde, à situação de saúde da população brasileira e suas tendências, à organização dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, bem como as características das práticas de saúde. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b)

Com relação à competência “Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde”, apenas um pouco mais da metade (52,9%, N=18) dos graduados consideraram ampla a contribuição do curso, sendo que 29,4% (N=10) dos graduados consideraram parcial e 5,9% (N=2) muito pouca a contribuição. Registra-se que 8,8% (N=3) dos graduados assinalaram que o curso não oferece oportunidade para o desenvolvimento dessa competência. Esse achado causa estranheza, dado que o conteúdo relativo ao mercado de trabalho em saúde e às características das diversas práticas profissionais é abordado em um componente curricular obrigatório, qual seja “Saúde, Educação e Trabalho”. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b)

Cabe mencionar que essa temática tem sido apontada como uma lacuna nos currículos de diversos cursos, podendo-se citar, como exemplo, a pesquisa realizada com discentes de 13 cursos médicos, na qual se questionou se havia espaço para a discussão das tendências do mercado de trabalho e praticamente a metade (49%, N=492) dos pesquisados considerou que não existia. (OLIVEIRA; ALVES, 2011) Apesar dessa lacuna, a contribuição do BI em Saúde foi considerada relevante no desenvolvimento das competências “Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde” (79,4%, N=27), “Valorizar e respeitar a diversidade cultural” (76,6%, N=26) e “Buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas” (73,5%, N=25).

TABELA 7 - NÍVEL DE CONTRIBUIÇÃO DO CURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências e habilidades	Ampla		Parcial		Muito pouco		Não contribuiu		Não considero que desenvolva		N.I.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo.	29	85,3	5	14,7	-	-	-	-	-	-	-	-	34	100,0
Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde.	27	79,4	6	17,6	1	2,9	-	-	-	-	-	-	34	100,0
Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde.	18	52,9	10	29,4	2	5,9	-	-	3	8,8	1	2,9	34	100,0
Desenvolver a capacidade de comunicação oral e escrita em língua portuguesa	23	67,6	7	20,6	4	11,8	-	-	-	-	-	-	34	100,0
Buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas.	25	73,5	7	20,6	2	5,9	-	-	-	-	-	-	34	100,0
Preservar o meio ambiente.	13	38,2	10	29,4	10	29,4	1	2,9	-	-	-	-	34	100,0
Consolidar valores democráticos na sociedade contemporânea.	18	52,9	11	32,4	2	5,9	2	5,9	1	2,9	-	-	34	100,0
Valorizar e respeitar a diversidade cultural.	26	76,6	4	11,8	3	8,8	-	-	1	2,9	-	-	34	100,0
Atuar em equipes multi, pluri e interdisciplinares no campo da saúde.	28	82,4	6	17,6	-	-	-	-	-	-	-	-	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em síntese, para os graduados a contribuição do curso foi mais efetiva no desenvolvimento das competências e habilidades específicas, ou seja, aquelas relacionadas à compreensão do campo da saúde, às políticas públicas na área, às características do processo de trabalho em saúde e ao lugar ocupado por cada profissional na equipe, excetuando-se as questões relacionadas ao mercado de trabalho. Por outro lado, a contribuição do curso para o alcance das competências e habilidades gerais, principalmente a capacidade de comunicação oral e escrita, foi considerada num nível intermediário, embora a maior parte tenha registrado que a formação no BI em Saúde permitiu desenvolver o domínio na busca e tratamento das informações de fontes diversas. Ademais, a contribuição do curso para o alcance da competência relacionada à valorização da diversidade cultural corrobora a importância das atividades desenvolvidas nos componentes curriculares “Estudos da contemporaneidade” e “Culturas”, que compõem o eixo interdisciplinar. Entretanto, incita uma análise das ações empreendidas para o alcance das outras competências valorativas e compromissos éticos que se apresentam com os menores percentuais. Diante do exposto, é possível afirmar que os graduados identificam a incorporação de vários atributos ao seu perfil a partir do processo de ensino-aprendizagem no BI em Saúde, mas apontam a necessidade de se aprimorar os aspectos relacionados a uma atuação consciente com relação às questões ambientais, bem como em relação ao seu papel na consolidação de uma sociedade mais democrática.

237

Questionados sobre a principal contribuição do curso à sua formação acadêmica e futura trajetória profissional (Tabela 8), 47,1% (N=16) dos graduados afirmaram que foi a aquisição de formação geral humanística, científica e artística, enquanto número equivalente respondeu que foi o aprendizado de fundamentos conceituais e metodológicos para uma posterior formação profissional. Percebe-se que dois aspectos foram valorizados pelos estudantes, as características do BI em Saúde, enquanto um curso interdisciplinar que oferece uma formação universitária geral, e a oportunidade que o BI em Saúde cria para o ingresso em uma formação profissionalizante. Cabe mencionar que dois estudantes (5,9%) não se limitaram a escolher uma alternativa, como solicitado no enunciado, assinalando as duas respostas descritas anteriormente. Interessante é constatar que nenhum dos sujeitos pesquisados assinalou a opção relativa à simples obtenção de um diploma de nível superior.

TABELA 8 – OPINIÃO SOBRE A PRINCIPAL CONTRIBUIÇÃO DO CURSO

Respostas	Nº	%
A obtenção de diploma de nível superior.	-	-
Aquisição de formação geral humanística, científica e artística.	16	47,1
Aquisição de competências e habilidades para aprendizado de fundamentos conceituais e metodológicos para uma posterior formação profissional.	16	47,1
Aquisição de competências e habilidades para aprendizado de fundamentos conceituais e metodológicos para uma posterior formação de pós-graduação.	-	-
Melhores perspectivas de ganhos materiais.	-	-
Outros	2	5,9
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

238

VIVENCIANDO A SAÚDE COMO CAMPO INTERDISCIPLINAR

A Saúde é definida, no projeto político-pedagógico do BI em Saúde, como “[...] campo transdisciplinar que inclui saberes e práticas tradicionalmente demarcadas nos campos da Ciência e Tecnologia, Humanidades e Artes”. (UFBA, 2010, p. 5) Desse modo, além da apreciação geral sobre o curso, foi investigada a percepção dos graduados acerca das oportunidades oferecidas pelo BI em Saúde para a vivência da saúde como um campo interdisciplinar (ALMEIDA FILHO, 2005), apresentando-se a possibilidade de múltipla escolha nas respostas. Todos os 34 estudantes consideraram que o curso ofereceu essas oportunidades e 32,4% (N=11) deles assinalaram mais de uma alternativa. A maioria das respostas (35,6%, N=16) indica as atividades complementares (pesquisa, extensão, estágio, ACC, etc.) como locus de tal experiência, embora também seja assinalado que houve oportunidade para esse tipo de vivência em algumas unidades de ensino (33,3%, N=15), especificamente o próprio IHAC (22,2%, N=10). Apenas 4,4% (N=2) das respostas indicaram que isso ocorreu em todas as unidades (Tabela 9).

TABELA 9 – OPORTUNIDADES PARA VIVENCIAR A SAÚDE COMO UM CAMPO INTERDISCIPLINAR

Opções	Nº	%
Somente nos componentes curriculares, ações e atividades do IHAC.	10	22,2
Em apenas algumas unidades de ensino.	15	33,3
Em todas as unidades de ensino que estudei.	2	4,4
Em atividades complementares (pesquisa, extensão, estágio, ACC, etc.).	16	35,6
Em outra situação.	2	4,4
O curso não ofereceu essa oportunidade	-	-
Total	45	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerando os objetivos do curso, isto é, promover uma formação interdisciplinar que supere os limites dos cursos tradicionais da área, é possível afirmar que o empenho para a consecução desse objetivo foi reconhecido pelos graduados, embora apontem que isso ocorreu, principalmente, no espaço das atividades complementares e especialmente nas atividades desenvolvidas no próprio IHAC. Cabe ressaltar que, no desenho curricular do BI em Saúde, as atividades complementares totalizam um mínimo de 360h, constituindo o Eixo Integrador, que perpassa as etapas de formação geral e específica do curso, e tem como função o desenvolvimento da responsabilidade social, competências relacionais e competências e habilidades específicas necessárias para inserção no campo da saúde.

A importância das atividades complementares é realçada com os achados analisados sobre a percepção dos graduados acerca da principal contribuição dessas atividades (Tabela 10). A maioria dos estudantes (29,4%, N=10) considerou ser ela a “aplicação de conhecimentos em alguma prática no campo da saúde”, seguida pelas opções “Identificar e resolver problemas relativos à área de saúde” e “Desenvolver uma postura ética e Cidadã”, ambas com percentuais equivalentes 20,6% (N=7). Registra-se que a opção por “trabalhar em grupo” foi apontada por apenas 5 graduados (14,7%) e quantitativo equivalente assinalou a opção “outro” com respostas assim distribuídas: 3 graduados consideraram todas as alternativas já mencionadas, 1 marcou três delas, sendo que 1 estudante preferiu especificar na opção “outro” que a principal contribuição das atividades complementares foi “mudar o mundo”. Podemos interpretar esse registro como o reconhecimento feito pelo estudante acerca do potencial das atividades complementares para a formação de uma consciência crítica, por inserir os alunos no “mundo real”, entendendo que a afirmação “mudar o mundo” pode estar significando “mudar a mim”.

TABELA 10 – PRINCIPAL CONTRIBUIÇÃO DAS AC PARA INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Respostas	Nº	%
Trabalhar em grupo	5	14,7
Aplicar conhecimentos em alguma prática do campo da saúde	10	29,4
Identificar e resolver problemas relativos à área de saúde	7	20,6
Desenvolver uma postura ética e cidadã	7	20,6
Outro	5	14,7
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

COMENTÁRIOS FINAIS

O estudo da percepção dos graduados em BI em Saúde sobre a vivência no curso revela a complexidade do processo de implantação de um projeto político-pedagógico inovador, em um contexto institucional marcado por mecanismos reforçadores do modelo instituído, refletidos no modo de conduzir a gestão institucional e nas normas e rotinas que regem os processos de trabalho acadêmicos. Desse modo, a análise da perspectiva dos estudantes sobre a experiência no curso exige o estabelecimento de conexões com as condições político-institucionais de implantação do curso.

A apreciação dos motivos apresentados pelos estudantes para a escolha do curso de BI em Saúde revela, sob variadas formas, os interesses relacionados à atuação profissional futura, um intento almejado por muitas pessoas que ingressam no nível superior de ensino, principalmente, quando considerado o modelo predominantemente profissionalizante adotado no Brasil. Chama a atenção o fato de que, se para alguns a escolha pelo BI em Saúde estava relacionada com o interesse futuro por um curso de alta concorrência, como Medicina, para outros, significava um espaço de amadurecimento da escolha profissional, configurando-se como uma experiência propiciadora de saberes e práticas que respaldasse essa difícil decisão. Evidencia-se, inclusive, o anseio de alguns estudantes, por uma formação que superasse os limites da profissionalização e especialização, através de um currículo interdisciplinar e flexível, além do interesse óbvio por ingressar na universidade.

O conhecimento acerca do PPP do BI em Saúde, por sua vez, se desdobrou na avaliação de aspectos relevantes da estrutura do curso que interferiram diretamente nas escolhas dos percursos formativos. Nesse sentido, a análise da percepção dos graduados sobre a participação no planejamento semestral da matrícula, apesar de revelar razoável grau de

autonomia, também evidenciou a existência de problemas de ordem burocrático-organizacional, a exemplo da existência de pré-requisitos em vários componentes, o reduzido número de vagas disponibilizadas por algumas unidades de ensino e, principalmente, os critérios da Resolução 06/2011, que induzem os estudantes a matricular-se em componentes curriculares optativos, preferencialmente, do curso que pretendem seguir após o BI em Saúde. Ademais, os graduados reconhecem que tiveram participação ativa no processo de ensino-aprendizagem, embora esta tenha sido mais reduzida no componente avaliação. Percebe-se, portanto, que é necessário fomentar discussões sobre os desafios para assegurar a formação interdisciplinar, desenvolvendo a capacidade de contextualizar e integrar, do estudante no curso (MORIN, 2001), especificamente no que se refere ao aperfeiçoamento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades acadêmicas, bem como aos efeitos de alguns dispositivos institucionais.

A análise da percepção dos estudantes sobre a contribuição do curso para a aquisição de competências gerais e específicas revela que o BI em Saúde está contribuindo para a formação de sujeitos capazes de situar-se criticamente com relação à situação de saúde e às tendências da política de saúde, bem como aponta que o curso vem estimulando o desenvolvimento de aptidões para um trabalho em equipe e respeito à diversidade cultural, ainda que não seja completamente efetivo no que diz respeito à sensibilização dos estudantes para com a preservação do meio ambiente. Além disso, levando em conta que apenas metade dos graduados admitiu ter adquirido conhecimento acerca das tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde, constata-se a importância de intensificar os esforços nessa área, inclusive com vistas à maior aproximação dos estudantes aos cenários de prática.

Sobre a experiência no curso, destaca-se a imersão dos graduados em diversos “cenários de práticas”, por conta da inserção em projetos de pesquisa e extensão, bem como em atividades complementares, sendo corroborada a sua contribuição para a vivência da saúde como um campo interdisciplinar, bem como para aplicação de conhecimentos e para o desenvolvimento de uma postura cidadã. A formação geral, humanística, científica e artística reiteradamente apontada dentre os motivos para a escolha do curso foi considerada, por aproximadamente metade dos graduados, a principal contribuição do BI em Saúde na sua formação acadêmica. Esse fato, além de confirmar o alcance dos objetivos previstos na PPP, revela o atendimento das expectativas daqueles que ingressaram no curso com o interesse de vivenciar um processo de ensino-aprendizagem diferente dos modelos tradicionais de formação. Sobre esse aspecto, é importante

registrar que para um quantitativo equivalente de graduados a principal contribuição foi a aquisição de conhecimentos e habilidades para o aprendizado de fundamentos destinados a uma formação profissional.

Apesar disso, percebe-se que o BI em Saúde contraria a lógica dos CPL (cursos profissionalizantes), gerando uma tensão entre os dois modelos de ensino. Para superar essa tensão, os estudantes buscam agregar o aprendizado no BI em Saúde ao curso profissionalizante escolhido, utilizando estratégias para garantir o ingresso na formação profissional almejada, que implicam em direcionar seu itinerário no BI em Saúde aos componentes curriculares do CPL, agregando componentes que lhes assegure o incremento do coeficiente de rendimento acadêmico. Desse modo, esta pesquisa revela os entraves, dificuldades e limites ainda existentes na UFBA para a plena concretização do regime de ciclos, o que demanda continuidade e aprimoramento das ações políticas e administrativas por parte dos interessados na consolidação dessa proposta, entre os quais certamente se encontram os próprios estudantes do BI em Saúde.

242

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet*, London, maio 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2013.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 10-28, jan./abr. 2002.

CARRIJO, C. I. de S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 155-159, mar./abr. 2003.

COULON, A. *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. Tradução de Georgina Gonçalves dos Santos e Sônia Maria Rocha Sampaio. Salvador: EDUFBA, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, n. 12, p. 24-28, jul. 1996.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

- MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 428-436, jul./set. 2009.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- MOTA, V. de L. V. *A percepção dos graduados em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA sobre a vivência no curso (2009-2011)*. 2014. 114 f., il. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- OLIVEIRA, N. A. de; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 75-91, mar. 2003.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.6, n.2, p. 341-360, 2001.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. A construção do projeto político-pedagógico do BI em Saúde: Transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 53-72.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. Processo de implantação do projeto político-pedagógico do BI Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 73-107.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, n. 12, p. 19-23, jul. 1996.
- UFBA. Conselho Acadêmico de Ensino. Resolução nº 06, de 2011. Estabelece critérios para ingresso de estudantes graduados em Bacharelado Interdisciplinar da UFBA nos cursos de progressão linear desta Universidade. Salvador, 30 nov. 2011. Disponível em: <<https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/Resolucao%20CAE%2006%202011.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

UFBA. IHAC. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador, 2010. Disponível em: <http://www.ihac.ufba.br/portugues/wp-content/uploads/2013/01/projeto_bi_saude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

UFBA. *Projeto pedagógico dos bacharelados interdisciplinares*. Salvador, 2008. Disponível em: <https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/implant_reuni.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

VIVÊNCIA NA UNIVERSIDADE: A EXPERIÊNCIA DA PRIMEIRA TURMA DE GRADUADOS NO CURSO DE BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA

VERÔNICA DE LIMA VIDAL MOTA

CARMEN FONTES TEIXEIRA

INTRODUÇÃO

A Universidade pública brasileira vive, no momento atual, um processo de expansão do acesso, com aumento de vagas nos cursos de graduação, ampliação da oferta de cursos noturnos, combate à evasão e promoção de inovações pedagógicas em diversas áreas. Nesse sentido, ganhou importância a elaboração e implementação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), criado no Governo Lula, que contempla, dentre as suas diretrizes, a revisão da estrutura acadêmica e diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas para a profissionalização precoce e tendencialmente especializada. (ALMEIDA FILHO, 2008)

Nessa perspectiva, a Universidade Federal da Bahia (UFBA) tem sido cenário, na última década, de diversas mudanças, a começar pela

reconfiguração do perfil do corpo discente, com a inclusão de segmentos populacionais historicamente excluídos, contemplados com a implantação do Sistema de Cotas para o ingresso na universidade. (UFBA, 2004) Além disso, foram implantadas mudanças na arquitetura acadêmica, como parte do projeto “Universidade Nova” (ALMEIDA FILHO, 2007), elaborado antes mesmo do REUNI, o qual propôs a implantação do regime de ciclos, através da criação da modalidade de curso superior denominada Bacharelado Interdisciplinar (BI), organizada em quatro áreas - Artes, Ciência e Tecnologia, Humanidades e Saúde. (UFBA, 2008)

246

O BI é um curso com terminalidade própria, pautado num projeto político pedagógico que preconiza a autonomia do estudante no processo de ensino-aprendizagem e a flexibilidade na construção da trajetória acadêmica, correspondendo, também, ao primeiro ciclo de uma posterior formação profissional e/ou pós-graduação. (UFBA, 2008) As primeiras turmas ingressaram em 2009 e concluíram em 2011, configurando-se, assim, uma experiência inovadora, que tem sido objeto de vários estudos que abordam aspectos do processo de implantação desses cursos, em sua maioria vinculados ao Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA), a exemplo dos trabalhos sobre o currículo dos Bacharelados Interdisciplinares (SANTOS, 2013), o estudo sobre o Processo de Bolonha, a reestruturação da UFBA e o Bacharelado Interdisciplinar (BARRETO, 2013), bem como estudos sobre o processo de implantação do BI em Saúde (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013), sobre as relações e práticas docentes (RAPHAEL, 2014) e o compilado de experiências relacionadas à trajetória no curso no período 2008-2011. (TEIXEIRA; COELHO, 2014)

Seguindo essa linha, foi desenvolvida uma pesquisa sobre a vivência dos estudantes do BI em Saúde, na universidade, com o objetivo de identificar e analisar a percepção dos graduados acerca do curso no período 2009-2011. (MOTA, 2014) Dentre os aspectos analisados, investigou-se a percepção dos egressos sobre a vivência na universidade durante o período de realização do curso, objeto do presente capítulo. Nesse sentido, apresenta-se, a seguir, o referencial teórico utilizado, os procedimentos metodológicos para a produção e análise de dados e os resultados encontrados.

VIVÊNCIA NA UNIVERSIDADE: ELEMENTOS TEÓRICOS

O referencial teórico desta investigação fundamenta-se na noção de percepção a partir da perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty (1999), conjugada com a proposta etnometodológica de Coulon (2008), aplicada à análise

da condição do estudante. Segundo Merleau-Ponty, (1999, p. 63), “[...] perceber [...] é apreender um sentido imanente ao sensível antes de qualquer juízo” e, portanto, “o fenômeno da percepção verdadeira oferece, [...] uma significação inerente aos signos, e do qual o juízo é apenas a expressão facultativa”. Nesse sentido, um estudo sobre a percepção dos estudantes acerca da sua inserção na Universidade constitui um espaço de apreensão da experiência vivenciada pelos estudantes, ao longo do período mediado entre seu ingresso na instituição até a conclusão do curso, no caso o BI em Saúde.

Essa perspectiva coaduna-se com a proposta de Coulon (2008), para quem a “*entrada na vida universitária*” constitui-se numa passagem na qual se faz necessário aprender o “ofício de estudante”, processo que se inicia no momento em que o estudante ingressa na universidade e se desenvolve até o momento em que se completa o processo de “afiliação”, adquirindo o aluno, nesse percurso, um status social novo, o de estudante universitário. (COULON, 2008) O autor ampara-se na ideia de que ser membro de um determinado grupo significa desenvolver “[...] o domínio da linguagem natural do grupo ou de sua organização” e utiliza-se da noção de “habitus” desenvolvida por Bourdieu, entendida como “[...] conjunto de pensamentos e práticas incorporadas (que) gera novas atitudes e facilita novas aquisições”. (COULON, 2008, p. 43)

Para Coulon (2008), portanto, tornar-se membro não significa apenas tornar-se nativo da organização universitária, sendo necessário ser capaz de exibir as competências adquiridas. A imersão nessa nova cultura não se consegue apenas no trabalho acadêmico, mas, também, em múltiplas experiências e interações que possibilitam a aprendizagem do senso comum que permeia as interações vivenciadas na instituição. Nessa perspectiva, o reconhecimento da condição de membro “[...] é identificar aquilo que ele exhibe do domínio que tem das rotinas, admitir nele uma naturalidade autêntica que lhe permite realizar certo número de coisas sem pensar nelas, obedecendo a alguns esquemas de pensamento ou de ação”. (COULON, 2008, p. 43) O autor, contudo, adverte que a competência de um membro está apoiada num “habitus” que está em movimento e pode ser fortalecido ou empobrecido a partir das experiências novas.

Desse modo, a vivência dos estudantes em um curso universitário comporta o *tempo do estranhamento*, que envolve o contraste com as experiências escolares vividas anteriormente, a contestação dos padrões de referência construídos por esta experiência prévia e o desconhecimento das regras e rotinas que organizam a nova instituição; o *tempo da aprendizagem*, que corresponde ao processo de aquisição de conhecimentos acerca das regras que modelam a instituição e o currículo do curso, bem como o desenvolvimento de estratégias e domínio de códigos de comportamento para lidar

com as atividades de ensino-aprendizagem; e o *tempo da afiliação*, entendido como a apropriação das regras de funcionamento da universidade, o que permite, inclusive, a possibilidade de transgressão de algumas delas, aliada à sua identificação com o ambiente acadêmico e legitimação das suas práticas junto aos pares, que envolvem os modos de exposição do saber, o uso adequado da linguagem acadêmica e o domínio de códigos para utilizá-los, adquirindo o “habitus” de estudante. (COULON, 2008)

248

Diante do exposto, a vivência dos estudantes no BI em Saúde foi considerada como uma experiência constitutiva do aprendizado do “ofício de estudante”, ou seja, um processo que implicou no estranhamento com relação às experiências anteriores, bem como no aprendizado das regras da instituição universitária, na aquisição de conhecimentos acerca do projeto político-pedagógico do curso e no aprendizado das normas e rotinas que conformam o cotidiano da vivência estudantil, desde a matrícula nos diversos componentes curriculares, passando pela trajetória nos distintos ambientes em que se desenvolveu o processo de ensino-aprendizagem.

Considerando, ademais, que a vivência em um curso universitário não se esgota nas experiências acadêmicas, envolvendo outras dimensões da vida dos estudantes ao longo do período em que percorrem as diversas etapas do curso, agregou-se, ao referencial teórico, a contribuição do filósofo da educação Larossa Bondía (2002, p. 21), segundo o qual a experiência é “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. Cada sujeito percebe singularmente sua experiência, simbolizando, com os termos, palavras e expressões que fazem parte do seu vocabulário o significado das situações que vivencia no cotidiano. Desse modo, “viver o curso”, qual seja, o BI em Saúde pode ser entendido como uma experiência capaz de transformar o sujeito, sua visão de mundo, suas concepções acerca da universidade e da sociedade onde se insere.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A análise da percepção dos graduados em BI sobre a vivência na universidade contemplou a aplicação de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas que permitiram, inicialmente, a caracterização do perfil demográfico, socioeconômico e cultural dos estudantes e abarcaram questões acerca do curso e sobre a vivência na universidade. A aplicação desse instrumento buscou abranger o universo de graduados com a inclusão daqueles que se matricularam nos Cursos de Progressão Linear (CPL) e os que não fizeram tal opção. Obteve-se a adesão de 34 graduados, com representatividade de ambos os grupos, correspondendo a 65, 4% do total dos graduados em 2011, integrantes da primeira turma do

curso, que ingressou em 2009. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurada a confidencialidade das informações e o sigilo nominal.

Os dados registrados nos 34 questionários foram processados através do programa EPIDATA (versão 3.1). As informações relacionadas com as questões acerca da vivência na universidade conduziram à seleção de alguns indicadores¹ que apontam como os estudantes perceberam aspectos do seu aprendizado intelectual e institucional, investigando-se, principalmente, a contribuição do BI em Saúde nesse processo. Nesse sentido, inclui a análise das respostas dadas pelos estudantes às perguntas acerca do aprendizado das regras estabelecidas na universidade com relação à inserção e trajetória do estudante no curso, bem como sua participação em organizações representativas dos estudantes, a exemplo do centro acadêmico do BI em Saúde e de outras entidades vinculadas ao movimento estudantil. Além disso, abarca a análise das respostas relacionadas à participação nas atividades para-acadêmicas e à contribuição do curso para a integração do estudante ao ambiente universitário.

249

PERCEPÇÃO DOS GRADUADOS DO BI SAÚDE SOBRE A VIVÊNCIA NA UNIVERSIDADE

A análise da percepção dos graduados sobre a vivência na universidade considerou, inicialmente, as questões relacionadas com o processo de aprendizagem das regras institucionais, tratando-se de identificar a percepção sobre o esforço empreendido nessa direção, bem como sobre as oportunidades oferecidas pelo curso para conhecimento da estrutura organizacional da UFBA, especificamente a orientação fornecida pelos colegas para escolha dos componentes curriculares a serem cursados a cada semestre, seguindo-se o desenho curricular estabelecido no Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso. (UFBA, 2010)

Nesse sentido, investigou-se a percepção dos estudantes acerca das orientações recebidas para matrícula em componentes curriculares obrigatórios, oferecidos pelo IHAC, sede do curso, e a percepção acerca da orientação e apoio para a inserção dos estudantes em componentes

1 Indicador, no sentido atribuído por Coulon (2008), diz respeito aos diferentes sinais manifestos pelos estudantes, através das suas expressões linguísticas, formas de lidar com os procedimentos, participação em ações coletivas, inclusive níveis de organização e domínio das atividades acadêmicas, que remetem às fases que atravessam (estranhamento, aprendizagem, afiliação) desde o ingresso na universidade.

curriculares oferecidos por diversas unidades de ensino da UFBA, visando cumprir o disposto no PPP no que diz respeito à integralização de créditos em componentes que conformam os eixos Linguagens, Culturas (científica, humanística e artística) e o eixo de “Formação específica”, que inclui componentes curriculares da área de saúde. (TEIXEIRA; COELHO, 2014a)

O desdobramento dessa questão implicou na análise da participação dos estudantes em programas de assistência estudantil, durante o curso, e também sua percepção acerca do processo mais geral de integração ao ambiente universitário, destacando-se a identificação e análise do vínculo estabelecido (ou não) com entidades do movimento estudantil, um dos aspectos considerados como indicador de afiliação ao ambiente universitário e que possibilita o desenvolvimento da responsabilidade social. Finalmente, agregou-se à análise a percepção dos graduados acerca do significado da experiência como um todo, ou seja, sua apreciação acerca do que representou cursar o BI em Saúde para sua visão acerca da saúde, da universidade, da sociedade e de si mesmo.

250

Aprendizagem institucional

O conhecimento das instituições, formas de acesso e domínio das normas e rotinas do ambiente universitário constituem-se em aprendizagens fundamentais para os estudantes na universidade. A passagem pelas diferentes fases, desde o ingresso na universidade, compreendendo o “estranhamento”, “a aprendizagem” até a apreensão de códigos, intelectual e institucional, que caracterizam o estágio de afiliação do estudante, que passa a ser um “veterano”, apresenta inúmeros desafios a serem superados, principalmente no 1º ano de curso. Nesse processo, o modo de organização da universidade tem importante papel para definição do destino dos estudantes, no sucesso ou fracasso, a partir do efeito repetido dos dispositivos institucionais. (COULON, 2008)

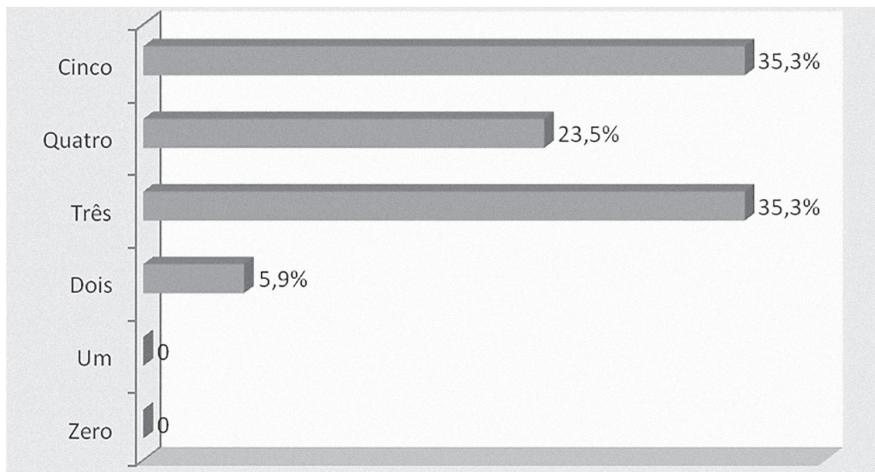
As consequências do não aprendizado podem estar refletidas no desempenho acadêmico insuficiente e até mesmo na evasão, hipótese defendida por Coulon (2008), sob o argumento que o sentido de não pertencimento à comunidade universitária desencadeia um processo de eliminação e até mesmo de autoeliminação deste lugar. Para ele, o fracasso e o abandono são numerosos ao longo do 1º ano, um período marcado pelas novidades que cercam a transição do ensino médio e a entrada na universidade, durante o qual o estudante enfrenta uma série de dificuldades para adquirir a aprendizagem necessária para o atendimento das exigências acadêmicas, que correspondem aos conteúdos e aos métodos do processo de ensino-aprendizagem, para o domínio da linguagem acadêmica, bem como para o desenvolvimento de estratégias e condutas que permitam novos aprendizados e reconhecimento pelo grupo.

Diante do exposto, considerou-se importante realizar uma análise da percepção dos graduados sobre o esforço empreendido no primeiro ano de estudos para o aprendizado das regras e rotinas do curso e da universidade. Para isso, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa um rol de atividades que incluiu procedimentos de matrícula, códigos das disciplinas, horário e duração das aulas, mecanismos de avaliação, cálculo do rendimento acadêmico, consulta aos sistemas informatizados da UFBA, etc. Ademais, o enunciado da questão abarcava uma escala com valores de zero a cinco, sendo considerado o número “zero” grau de esforço nulo e o número “cinco” o máximo de esforço empreendido.

Como se pode observar no gráfico da Figura 1, o processamento das respostas aponta que para a maioria dos graduados o esforço empreendido para a aprendizagem institucional situa-se entre os níveis três e cinco (94,1%, N= 32), sendo que apenas 5,9% registraram o grau dois, o que evidencia as dificuldades enfrentadas pela maioria dos alunos em seu processo de afiliação à instituição.

251

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE ESFORÇO PARA APRENDIZADO DAS REGRAS E ROTINAS



Fonte: Elaborado pelos autores.

Tais resultados corroboram a complexidade do processo de inserção na universidade, o que, possivelmente, é intensificada quando se trata de uma experiência inovadora de formação na qual os estudantes têm a necessidade de realizar conexões com distintas unidades de ensino, não podendo se limitar a conhecer apenas a organização das regras do seu próprio currículo, mas também os procedimentos relacionados a outros cursos que oferecem componentes curriculares aos estudantes do BI em Saúde.

Contribuição do curso para a integração ao ambiente universitário

Além do esforço empreendido pelos estudantes no aprendizado das normas e rotinas, cabe analisar a efetividade das ações institucionais como facilitadoras do processo de afiliação, as quais, no caso do BI em Saúde, contemplaram a implementação do acompanhamento aos estudantes através de orientação/tutoria, previstas no Eixo de Orientação Acadêmica/ Profissional, constante no projeto político-pedagógico do curso. (UFBA, 2010) Essas ações são de responsabilidade do colegiado em parceria com a coordenação acadêmica do IHAC (TEIXEIRA; COELHO, 2014a) e têm a finalidade de contribuir para o conhecimento acerca do próprio curso, da estrutura organizacional da UFBA, das oportunidades de acesso do estudante aos diversos programas institucionais, bem como acompanhar a execução de atividades complementares.

252

Nesse sentido, os graduados foram questionados sobre a contribuição do curso para o conhecimento acerca da estrutura organizacional da UFBA. A maioria (79,4%, N= 27) considerou que contribuiu de forma ampla e apenas 20,6% (N=7) registrou que a contribuição foi limitada (Tabela 1), evidenciando-se o reconhecimento, por parte dos graduados, do esforço desenvolvido pela coordenação do curso quando da recepção e acompanhamento da primeira turma. Sobre esse aspecto, registram-se várias atividades voltadas à exposição das características da proposta do BI em Saúde, não só no início do curso, senão que ao longo do processo de implantação, momentos em que se estimulava o desenvolvimento da autonomia do estudante na construção da sua trajetória, o que pressupunha apropriação de conhecimentos acerca da estrutura administrativa e organizacional da UFBA. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b)

TABELA 1 – OPORTUNIDADES PARA CONHECIMENTO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UFBA

Respostas	Nº	%
De forma ampla	27	79,4
De forma limitada	7	20,6
Apenas nas atividades do início do semestre letivo (aulas inaugurais, “Calourosa”, manuais, etc.)	-	-
Não ofereceu oportunidades para os estudantes do meu curso	-	-
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ainda nessa linha, buscou-se analisar a percepção dos graduados sobre as orientações recebidas do colegiado acerca do currículo e dos horários dos diversos componentes curriculares, questionando-se até que ponto essas orientações contribuíram para a escolha adequada dos componentes curriculares durante a matrícula semestral. Consta-se que um pouco mais da metade dos graduados (55,9%, N= 19) considerou que sim, porém 38,2% (N=13) registraram que não contribuíram. Ademais, um percentual de 2,9% dos graduados (N=1) não informou sobre o assunto e quantitativo equivalente assinalou a opção “outro” (Tabela 2).

TABELA 2 - EFETIVIDADE DAS ORIENTAÇÕES DO COLEGIADO PARA A MATRÍCULA

Respostas	Nº	%
Sim	19	55,9
Não	13	38,2
Não informou	1	2,9
Outros (“em parte”)	1	2,9
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Chama a atenção, nesses dados, o elevado percentual de graduados que avaliaram negativamente a atuação do colegiado quanto à orientação para a matrícula. Contudo, quando indagados acerca da contribuição desse órgão para a inserção de alunos em componentes curriculares em outras unidades de ensino da UFBA, um percentual maior de estudantes (61,8%, N=21) avaliou positivamente a atuação do colegiado, considerando que este órgão sempre contribuiu, seguido por 17,6% (N=6) que considerou “às vezes” e menor número, raramente (Tabela 3).

TABELA 3 - CONTRIBUIÇÃO DO COLEGIADO PARA MATRÍCULA EM CC DE OUTRAS UNIDADES

Respostas	Nº	%
Sempre	21	61,8
Às vezes	6	17,6
Raramente	5	14,7
Nunca	1	2,9
Não informou	1	2,9
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Completando a análise desse item, os graduados foram indagados sobre a contribuição do curso para sua integração ao ambiente universitário. A maioria (76,5%, N=26) afirmou que o curso contribuiu amplamente, seguido por 20,6% (N=7) que acredita ter contribuído parcialmente e apenas um (2,9%) que considerou ter contribuído muito pouco (Tabela 4). Os resultados dispostos nessa Tabela indicam que o desenho curricular do BI em Saúde pode estar favorecendo a aprendizagem das regras da vida acadêmica, em suas múltiplas dimensões, bem como contribuindo para o estabelecimento de múltiplas interações pelos estudantes, tanto no âmbito do IHAC quanto em outras unidades acadêmicas que contribuem para a realização do curso.

254

TABELA 4 - NÍVEL DE CONTRIBUIÇÃO DO CURSO PARA INTEGRAÇÃO AO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

Respostas	Nº	%
Contribuiu amplamente	26	76,5
Contribuiu parcialmente	7	20,6
Contribuiu muito pouco	1	2,9
Não contribuiu de forma alguma	-	-
Não sei informar	-	-
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Contudo, é importante discutir possíveis entraves identificados pelos estudantes que consideraram restrita a contribuição do curso. Provavelmente, estes são os que vivenciaram maiores dificuldades para se afiliar, o que pode estar relacionado ao enfrentamento de situações que restringiram o trânsito em diversas áreas, devido à baixa capacidade de oferta de vagas pelas diversas unidades de ensino e a concentração destas em alguns componentes, especialmente em se tratando de vagas oferecidas no turno diurno, as quais os estudantes do BI em Saúde que trabalhavam tinham, evidentemente, maiores dificuldades para cursar.

VINCULAÇÃO AOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

A criação de condições para ampliação do acesso e permanência na educação superior pública é um objetivo da universidade brasileira no século

XXI, estando presente no Plano Nacional de Educação 2001-2010² e no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI (BRASIL, 2007), que inclui dentre as suas diretrizes a ampliação das políticas de inclusão e assistência estudantil.

Na UFBA, a partir de 2003, a opção política pela ampliação de vagas, visando facilitar o acesso à universidade a segmentos antes dela excluídos, contemplou a elaboração e implementação do Programa de Ações Afirmativas. (ALMEIDA FILHO, 2007) Este programa é estruturado em quatro eixos: preparação, ingresso, permanência e pós-permanência, sendo que, para garantir a permanência dos estudantes, principal desafio, foram definidas três medidas: 1) Reestruturação da grade de horários, com abertura de cursos noturnos; 2) Implementação de ações de tutoria social, reforço escolar e acompanhamento acadêmico para cotistas; 3) ampliação da capacidade de atendimento dos programas de apoio estudantil, sob responsabilidade da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil da UFBA.

255

As ações de assistência estudantil, uma das medidas previstas no Programa de Ações Afirmativas da UFBA, são regulamentadas pelo decreto 7.234/2010 da Presidência da República, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (BRASIL, 2010) e tem a finalidade de assegurar condições de permanência dos estudantes na educação superior pública federal, tendo prioridade de atendimento os estudantes oriundos da rede pública de educação básica ou com renda familiar *per capita* de até um salário mínimo e meio, resguardando-se demais requisitos estabelecidos pelas instituições federais de ensino superior. As instituições de ensino, em consonância com o disposto no referido programa, devem desenvolver ações nas áreas de moradia estudantil, saúde, alimentação, esporte, transporte, creche, inclusão digital, apoio pedagógico, cultura, bem como aquelas em prol do acesso, participação e aprendizagem de pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades e superdotação.

Diante desse cenário, esta pesquisa abarcou questões relativas à participação dos estudantes do BI em Saúde nos programas de assistência estudantil, considerando, inclusive, a reserva de 45% das vagas do curso aos estudantes optantes pelo sistema cotas, sendo possível que muitos desses tenham demandado inscrição em um ou mais programas durante o curso.

2 O Plano Nacional de Educação 2001-2010 definiu, dentre outros objetivos, a expansão de oferta de educação superior com diminuição das desigualdades por região e a diversificação da oferta para atender estudantes com demandas específicas de formação. (INEP, 2011)

Os resultados encontrados apontam que 35,3% (N=12) dos graduados que responderam a esta pesquisa participaram dos programas de assistência estudantil, sendo que destes 41,7% (N=5) inseriram-se em mais de um programa, vinculando-se a ações em distintas áreas, enquanto 58,3% (N=7) participaram de apenas um programa.

TABELA 5 - PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

Programas /Serviços	Nº	%
Programa Permanecer	7	36,8
Auxílio para participação em eventos	4	21,1
Acompanhamento pedagógico	3	15,8
Idiomas	2	10,5
Transporte	1	5,3
Atendimento Psicológico	1	5,3
Alimentação	1	5,3
Residência Universitária	-	-
Auxílio Moradia (financeiro)	-	-
Creche/Auxílio Creche	-	-
Atendimento Odontológico	-	-
Outros	-	-
Total	19	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre as modalidades oferecidas, verifica-se (Tabela 5) que o programa Permanecer concentrou maior número de estudantes 36,8% (N=7), seguido por auxílio para participação em congressos, seminários e demais eventos, com 21,1% (N=4), acompanhamento pedagógico 15,8% (N=3) e bolsa para curso de idiomas, com 10,5% (N=2) estudantes envolvidos. Os programas de auxílio transporte, serviço de alimentação e atendimento psicológico tiveram a adesão de apenas um estudante (5,3%) em cada.

Considerando os dados relacionados ao rendimento familiar *per capita* dos graduados,³ faz-se necessário analisar os motivos de somente um terço ter participado das ações de assistência estudantil. É possível que os estudantes não tenham apresentado interesse em aderir ao referido

3 A caracterização do perfil demográfico, socioeconômico e cultural apontou que a renda familiar dos estudantes do BI em Saúde é superior à média dos estudantes da região Nordeste (MOTA, 2014), sendo que o rendimento *per capita* de 58,8% das famílias (N=20) é de até um salário mínimo, portanto inferior ao limite de rendimento considerado para atendimento pelo Programa Nacional de Assistência Estudantil.

programa ou que, uma vez tendo requerido, não tiveram seus pleitos atendidos. O não funcionamento à noite do órgão responsável pelo programa na universidade pode representar, inclusive, um obstáculo para os estudantes cujos cursos funcionam neste horário, como foi o caso da primeira turma do BI em Saúde.

PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO ESTUDANTIL: UM INDICADOR DE AFILIAÇÃO

As atividades denominadas de para-acadêmicas, dentre elas a participação em entidades estudantis, constituem-se numa dimensão essencial para inserção exitosa na universidade. Segundo Coulon (2008), as atividades militantes das mais variadas ordens implicam o desenvolvimento de competências e habilidades relativas à organização, comunicação, negociações com públicos distintos, escrita de documentos, que se constituem atividades de aprendizagem intelectual, que subsidiam aprendizagens típicas disciplinares. Para ele, tais atividades, que são consideradas distantes dos propósitos formais de aprendizagem abarcados nos modelos de ensino, podem contribuir, sobremaneira, para a afiliação ao ensino superior e completa: “a afiliação vai mais longe que a simples integração, ela é a aprendizagem da autonomia pela participação ativa em uma tarefa coletiva”. (COULON, 2008, p. 120) Em vista disso, os graduados do BI em Saúde foram indagados sobre a participação em alguma entidade de representação estudantil durante o curso, constatando-se que, dos sujeitos da pesquisa, 53% (N= 18) responderam que tiveram algum nível de participação, variando entre “ativamente” (14,7%, N= 5), “eventualmente” (26,5%, N=9) e “raramente” (11,8%, N=4). Dos demais, 41,2% (N=14), disseram não ter participado porque não se interessaram e dois (5,9%) afirmaram que não participaram porque não tiveram oportunidade (Tabela 6).

257

TABELA 6 - PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO ESTUDANTIL

Respostas	Nº	%
Sim, participei ativamente.	5	14,7
Sim, participei eventualmente.	9	26,5
Sim, participei raramente.	4	11,8
Não, porque não me interessei.	14	41,2
Não, porque não tive oportunidade.	2	5,9
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Interessante é comparar os resultados supramencionados com os obtidos na tabela 7, que sistematiza as respostas à questão acerca da possível contribuição da participação nas entidades estudantis para a integração ao ambiente universitário e desenvolvimento da responsabilidade social. Verifica-se que, embora 18 graduados (53%) tenham afirmado haver participado destas entidades, um percentual maior (85,4%, N=29) reconhece a contribuição da participação, em níveis diferenciados, para a integração ao ambiente universitário e desenvolvimento do compromisso social.

TABELA 7 - INSERÇÃO NAS ENTIDADES ESTUDANTIS
E INTEGRAÇÃO AO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

Respostas	Nº	%
Sim, contribui amplamente	21	61,8
Sim, contribui parcialmente	4	11,8
Sim, contribui muito pouco	4	11,8
Não contribui de forma alguma	1	2,9
Não sei informar	4	11,8
Total	34	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

O significado da experiência de inserção nas entidades estudantis para a vivência na universidade, portanto, é reconhecido pela maioria dos estudantes, ainda que este reconhecimento não esteja diretamente relacionado com uma experiência pessoal de efetiva participação nessas representações durante o curso.

PERCEPÇÃO DOS GRADUADOS SOBRE O APRENDIZADO DA UNIVERSIDADE

Além de responder a questões específicas acerca do aprendizado das normas e rotinas institucionais, bem como da sua inserção em programas assistência estudantil e em entidades que representam os interesses dos estudantes, os entrevistados⁴ foram estimulados a expressar sua percepção geral acerca da vivência na universidade, através da vinculação ao BI em Saúde. As respostas obtidas evidenciam a percepção acerca do processo de aprendizado institucional, bem como a consciência das lacunas na formação, principalmente dos aspectos relacionados com as dificuldades

4 Os sujeitos da pesquisa foram identificados por nome de aves.

enfrentadas no processo de implantação do curso. Cabe registrar que preservou-se o sigilo com relação à identidade dos estudantes entrevistados, substituindo-se seus nomes por nomes fictícios.

No que tange ao aprendizado institucional, algumas respostas revelam a percepção acerca do “estranhamento” vivido quando do ingresso na instituição e o papel do BI em Saúde de facilitar aos estudantes a apropriação de conhecimentos acerca das normas e rotinas acadêmicas:

Mesmo passando por momentos difíceis, não me arrependo. Faria de novo, se precisasse. Acho que o BI é necessário, para todo e qualquer estudante que deseje cursar qualquer curso na Universidade Federal. Pois, quando entramos, não conhecemos nada daquele universo. A verdade é que não estamos preparados para enfrentar tudo aquilo. E o BI nos ensina, querendo nós ou não. Fazendo que amadureçamos para o próximo passo, evitando que cometamos erros que comprometam a nossa vida profissional. No BI eu aprendi de fato o que é ser universitária, os desafios enfrentados pelos professores de uma universidade pública, assim como também de seus estudantes. No BI eu aprendi a ser adulta, a me comportar como uma. A respeitar as diferenças e conhecer coisas novas. (Borboletinha-do-mato) (Informação verbal)

259

O desconhecimento da universidade, o interesse em apreendê-la e a necessidade de desenvolvimento de ações institucionais, em prol da inserção ativa dos estudantes neste espaço, estão presentes na síntese elaborada pela estudante no relato supramencionado, revelando diferentes estágios na sua trajetória acadêmica, desde a fase do estranhamento até a assunção do status de universitário. Ainda nessa perspectiva, foram identificados trechos das respostas que revelam aspectos presentes no aprendizado do “ofício de estudante”, destacando-se o desenvolvimento da autonomia no processo de formação acadêmica e política:

O BI foi, até hoje, a experiência mais maravilhosa de minha vida. Enquanto trajetória acadêmica, foi fundamental na construção do entendimento que o estudante é o sujeito do seu aprendizado e nos estimulou a real vivência na Universidade, tanto na participação em pesquisa e extensão, quanto na busca por estar inserido em todos os espaços que a Universidade pode oferecer, a exemplo dos espaços de representação (ex: Centro Acadêmico, Representante de Congregação, Representante nos Conselhos Superiores etc) [...]. (Rouxinol) (Informação verbal)

As respostas analisadas também evidenciam a percepção dos graduados acerca das lacunas na formação. Apontam, de um lado, algumas

críticas ao próprio curso e, de outro, as barreiras enfrentadas pelo BI em Saúde para a consecução da sua proposta pedagógica, especialmente por esta depender da relação com outras unidades da UFBA:

Por ser a primeira turma, as matérias dos outros cursos dificilmente eram disponibilizadas para nós [...]. Além disso, não se percebia esforço da coordenação acadêmica para aumento da oferta em disciplinas dos outros cursos, de modo que a trajetória acadêmica viesse a ser concretamente MIT-disciplinar. As matérias, de uma forma geral, se restringiram ao campo da Saúde Coletiva. Ao final do curso, percebeu-se uma verdadeira guerra por aumento de escore, onde os discentes buscavam por matérias mais 'fáceis' ao invés de seguir a proposta de formação específica em saúde. (Soldadinho)

260

[...] cursei disciplinas em vários campi da UFBA que não me direcionaram para a prática no campo de trabalho, por ser um curso de formação apenas. Acredito que adquiri uma ampla formação geral e humanística, um pouco artística, mas nenhum direcionamento objetivo para a prática profissional, a não ser o desenvolvimento de habilidades como trabalhar em grupo, dentre outras. (Beija-flor) (Informação verbal)

Os trechos supracitados evidenciam duas ordens de problemas: o primeiro diz respeito à insuficiência de oferta de vagas em componentes curriculares optativos, sob responsabilidade de outras unidades da UFBA, necessários para a integralização dos créditos dos alunos do BI em Saúde, destacando, inclusive, a inadequação dos componentes ofertados às demandas dos alunos, em função da excessiva concentração em algumas áreas, o que é incoerente com a proposta pedagógica do curso; o segundo diz respeito à indefinição, durante a trajetória acadêmica da primeira turma, das regras de transição para os cursos de progressão linear, o que causou, inclusive, (re)orientações nas escolhas dos estudantes por ocasião da matrícula em componentes curriculares optativos, visando, estrategicamente, elevar seu coeficiente de rendimento acadêmico.

Tais problemas determinam o leque de possibilidades dos estudantes em termos de sua trajetória institucional, e delimitam o espaço no qual eles realizam suas escolhas, visando o alcance dos seus objetivos no que diz respeito à formação profissional no campo da saúde. Por outro lado, é possível pensar que exatamente pela persistência dessas limitações ao processo de implementação plena do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde no período 2009-2011, a primeira turma de estudantes tenha se engajado mais ativamente no debate que permeou o processo de

implantação, tanto no IHAC, quanto na UFBA como um todo, estimulando, inclusive, a vinculação de alguns estudantes aos centros acadêmicos e outras entidades do movimento estudantil.

COMENTÁRIOS FINAIS

A análise da percepção dos graduados do BI em Saúde sobre a vivência na UFBA revelou alguns aspectos que envolvem a experiência desses estudantes na instituição, que vão além das atividades propriamente acadêmicas. Do ponto de vista estritamente acadêmico, chama a atenção o fato de que a maioria dos graduados aponta que a aprendizagem das regras e rotinas do curso e da universidade exigiu elevado grau de esforço. Isso significa que a universidade não provê condições adequadas de acolhimento tanto no momento de ingresso aos cursos, quanto durante a trajetória dos estudantes, fato que, no caso do BI em Saúde, pode ser ainda mais complexo do que nos cursos de progressão linear, na medida em que o estudante do BI necessita transitar por diversas unidades acadêmicas em função das características do projeto político-pedagógico do curso. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b)

261

Nesse processo, algumas ações desenvolvidas pela equipe responsável pelo curso parecem ter contribuído para viabilizar o conhecimento da estrutura organizacional da UFBA e de suas regras e rotinas, provavelmente tendo-se em conta a necessidade de orientar o estudante do BI Saúde quanto aos sistemas acadêmicos, a exemplo da matrícula, acesso à biblioteca, procedimentos para aproveitamento de estudos, trancamento de disciplinas, dentre outros dispositivos institucionais. Apesar disso, a atuação do colegiado não foi considerada efetiva no que diz respeito à orientação da matrícula por grande parte dos entrevistados, embora a maioria tenha reconhecido o apoio dessa instância na viabilização da matrícula em componentes curriculares oferecidos noutras unidades da UFBA.

Analisando-se as ações que extrapolam o estritamente acadêmico, revelou-se a reduzida participação desse grupo de estudantes nos programas de assistência estudantil, que se constituem, particularmente nos últimos anos, espaços relevantes de integração dos alunos ao ambiente universitário. É possível pensar que, em função das características socioeconômicas da primeira turma do BI em Saúde, cujo rendimento familiar supera a média dos estudantes universitários da região Nordeste (MOTA, 2014), os graduados não tenham aderido, em sua maioria, aos programas e ações de assistência estudantil, a exemplo do Permanecer UFBA, do programa de moradia e do restaurante universitário. Contudo, cabe

aprofundar estudos sobre a cobertura das ações de assistência estudantil, principalmente acerca da sua contribuição para a permanência e integração dos estudantes à vida universitária.

Chama a atenção, por outro lado, a importância atribuída pelos graduados à participação, direta ou indireta, nas ações desencadeadas pelas entidades vinculadas ao movimento estudantil, o que parece revelar o engajamento dos estudantes nos processos político-institucionais relativos à consolidação da proposta de implantação do regime de ciclos na UFBA, a exemplo do debate em torno dos critérios para o ingresso dos graduados nos Cursos de Progressão Linear. (TEIXEIRA; COELHO, 2014b)

262

Diante do exposto, pode-se concluir que o conhecimento acerca da UFBA e o domínio das suas regras e rotinas foram fundamentais para a vivência do estudante na universidade, tratando-se de um empreendimento coletivo, que abarcou ações administrativas e gerenciais, acadêmicas e para-acadêmicas, bem como ações em prol da permanência dos estudantes nos cursos. Em seu conjunto, pode-se concluir que a experiência no BI em Saúde foi considerada relevante para a integração dos graduados ao ambiente universitário, não só através das atividades do curso, senão que através da vinculação ao movimento estudantil, o que se coaduna com os objetivos mais amplos do curso, voltados à formação de sujeitos dotados de consciência crítica, capazes de empreender ações dirigidas ao desencadeamento e consolidação de mudanças na universidade, no campo da saúde e na sociedade onde irão atuar como profissionais de saúde e cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. *Universidade nova no Brasil*. In: SANTOS, B. de S.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *A universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008.

ALMEIDA FILHO, N. de. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Ed. UnB; Salvador: EDUFBA, 2007.

BARRETO, C. R. M. *A reestruturação da UFBA a partir do Reuni e seus nexos com o processo de Bolonha*. 2013, 140 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14018>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução João Wanderley Geraldi. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p 20-28, jan./abr. 2002.

BRASIL. Decreto n.º 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jul. 2010. Seção 1, p. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm>. Acesso em: 9 dez. 2013.

BRASIL. Decreto n.º 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2007. Seção 1, p. 7. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em: 9 abril. 2012.

COULON, A. *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. Tradução de Georgina Gonçalves dos Santos e Sônia Maria Rocha Sampaio. Salvador: EDUFBA, 2008.

263

INEP. *Censo da educação superior 2010: divulgação dos principais resultados do Censo da Educação Superior 2010*. Brasília, DF, out. 2011. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/divulgacao_censo_2010.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MOTA, V. de L. V. *A percepção dos graduados em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA sobre a vivência no curso (2009-2011)*. 2014. 114 f., il. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RAPHAEL, J. K. D. *As relações e as práticas docentes no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA na percepção dos professores: uma reflexão à luz da psicanálise*. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SANTOS, E. N. dos. *Os Bacharelados Interdisciplinares na UFBA: percepções discentes sobre currículo e formação*. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14653>>. Acesso em 20 mar. 2102.

SANTOS, G. A. *O currículo na educação superior em saúde: estratégias e embates na aderência ao processo de Reforma Sanitária Brasileira*. 136 f. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. A construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde: Transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 53-72.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. Processo de implantação do Projeto Político-Pedagógico do BI Saúde 2008-2011: Fazendo Caminhos ao Andar. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2014b. p. 73-107.

264

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, jun. 2013.

UFBA. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. *Resolução 01/2004*. Altera a Resolução 01/2002 do CONSEPE. Estabelece reserva de vagas na seleção para os cursos de graduação da UFBA realizada através do vestibular, Salvador, jul. 2004. Disponível em: <<https://www.vestibular.ufba.br/docs/resolucao0104.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

UFBA. IHAC. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador, abr. 2010. Disponível em: <http://www.ihac.ufba.br/portugues/wp-content/uploads/2013/01/projeto_bi_saude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

UFBA. *Projeto pedagógico dos Bacharelados interdisciplinares*. Salvador, jul. 2008. Disponível em: <https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/implant_reuni.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

A PERSPECTIVA DE DOCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ACERCA DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO

JACKELINE KRUSCHEWSKY DUARTE RAPHAEL

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO

SERGIO AUGUSTO FRANCO FERNANDES

INTRODUÇÃO

Refletir acerca da educação superior no Brasil, no que tange à mais nova reforma universitária, nos coloca diante de um cenário de mudanças no modelo de formação superior, o que se apresenta como um grande desafio. Trata-se de uma proposta recente, do ano de 2008, que surge como tentativa de superar alguns problemas que atingem o ensino universitário, discutidos no Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais – REUNI (BRASIL, 2007), estabelecido pelo Decreto nº 6.096/07, e que implica numa grande reformulação

curricular e na implantação de Bacharelados Interdisciplinares (BI), como a primeira etapa de um regime de ciclos de formação universitária.

De acordo com o referido Programa (BRASIL, 2007), a obrigatoriedade da escolha da profissão, de forma precoce, possibilitava altos índices de evasão dos cursos que, associados à limitação na seleção para ingresso na Universidade, à elitização na educação e, principalmente, a currículos com propostas monodisciplinares, tornou urgente a proposição de mudanças, no contexto universitário. O modelo proposto pelo projeto chamado de Universidade Nova defende que o ensino aconteça em três ciclos, sendo o BI o primeiro ciclo de formação geral, com caráter preparatório para o 2º ciclo, que são os cursos profissionalizantes, além do terceiro ciclo, relativo à pós-graduação. Aderindo ao programa, a Universidade Federal da Bahia implantou, em 2009, quatro cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI), a saber: Ciências e Tecnologia, Humanidades, Artes e Saúde. O presente texto, contudo, reflete parte dos resultados de uma pesquisa realizada, especificamente, no âmbito do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), que diz respeito à perspectiva dos docentes do curso acerca da relação professor-aluno, no contexto interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão.

266

Participaram deste estudo oito docentes, todos membros do Colegiado do BIS, excetuando-se um deles, que orienta esta pesquisa. Trata-se de uma investigação qualitativa, que utilizou a metodologia de Estudo de Caso.¹ Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas parcialmente estruturadas, por possibilitarem certa liberdade na condução das perguntas. (LAVILLE; DIONNE, 1999) Essas entrevistas aconteceram em horários previamente marcados, sendo que os encontros foram gravados com o consentimento prévio dos participantes. No intuito de preservar a identidade dos professores entrevistados, no momento da análise dos dados seus nomes foram representados por letras e números: Professor 1 (P1) a Professor 8 (P8). Como técnica de interpretação dos dados, utilizamos a análise temática de Bardin (2011), que consiste em recortar o conteúdo do material coletado, utilizando uma grade de categorias e levando em conta a frequência dos temas extraídos dos discursos.

Como referência teórica, utilizaremos o conceito de transferência, a partir das perspectivas freudiana e lacaniana, com o objetivo de discutir como os professores estão vivenciando essa relação, além dos seus respectivos desdobramentos. Primeiramente, faremos uma reflexão sobre a reforma universitária e a proposta do BI como 1º ciclo da educação superior.

1 Segundo Minayo (2010), a investigação qualitativa torna possível engendrar estratégias para delinear, descrever e analisar as relações e as percepções ligadas ao objeto de estudo.

Posteriormente, discorreremos acerca da prática docente, como ela vem sendo debatida pelos estudiosos do tema, para que possamos aprofundar o questionamento sobre o ensino e as relações acadêmicas, trazendo as contribuições de Freud e de Lacan sobre a educação, ressaltando a importância do conceito de transferência. Em seguida, faremos uma reflexão a partir de algumas falas dos professores, no que diz respeito à relação professor-aluno para, enfim, elaborarmos considerações sobre a pertinência do estudo do conceito de transferência, nas suas implicações para com o ensino superior contemporâneo.

A REFORMA UNIVERSITÁRIA E A PROPOSTA DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR

267

A Universidade, no contexto atual, segundo Santos (2010), defronta-se com três grandes crises, provenientes das muitas exigências feitas pela sociedade no decorrer do século XX, além de diversos desafios que engendraram grandes transformações, às quais ela não estaria, necessariamente, preparada. São elas: a crise de hegemonia, a crise de legitimidade e a crise institucional. Nessa perspectiva, a Universidade deixa de ter o domínio único da educação superior, da qual fazem parte o ensino, a produção da pesquisa e as atividades de extensão; sofre contradições ao oferecer, por um lado, a hierarquização dos saberes especializados e a restrição do acesso e, por outro, ao receber as exigências da democratização e da reivindicação da igualdade de oportunidades; e, por fim, sofre também a contradição vivida diante da solicitação de autonomia quanto à finalidade e à definição de valores, ao mesmo tempo em que sofre pressão ao submeter-se a critérios de eficácia e de produtividade e/ou de responsabilidade social.

A partir de 1980, criou-se, no Brasil, um mercado de serviços universitários, com a privatização do ensino superior acarretando uma grande crise financeira nas Universidades públicas. A Universidade transformou-se, assim, em um mercado de certificações, de formação e avaliação de docentes. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008)

Para Pinheiro (2004, p. 232), a ênfase na “produtividade como fim em si mesma”, a valorização do dinheiro e da competitividade em detrimento da “paixão pela formação do estudante”, tornou os universitários verdadeiros escravos do império do mercado. Ainda de acordo com Pinheiro, o ensino de graduação foi o mais prejudicado nas últimas décadas, haja vista que professores e estudantes vêm sendo conduzidos por práticas fragilizadas de sentido acadêmico, e que a privatização do ensino se tornou prioridade para a reforma conservadora, criando o mercado do ensino

superior. A dificuldade de acesso à universidade pública, ao lado da facilidade oferecida pelas instituições privadas, levou à produção de novos significados e sentidos, fora do contexto público.

Segundo Almeida Filho (2008), é urgente a necessidade de se implantar um novo modelo no cenário brasileiro, que sirva como integrador social e político de forma geral, contrapondo-se aos efeitos do contexto neoliberal, já que a universidade, no Brasil, continua elitista e excludente. É preciso que a Universidade possibilite um desenvolvimento social sustentável e que possua propostas que abranjam o desenvolvimento moral, cultural e econômico de seu povo. Vale lembrar que a greve estudantil da UFBA, em julho de 2004, levou os conselhos superiores a uma revisão quanto à proposta da universidade, culminando, a partir de 2006, com a reeleição do reitor e um projeto de reforma universitária chamado de UFBA Nova.

268

Em 2006, o projeto foi apresentado, de maneira formal, aos órgãos superiores de deliberação da UFBA, sendo aceito pelo Ministério da Educação, representado, então, pela sua Secretaria de Ensino Superior e liberado com um novo nome, a saber: “Universidade Nova”. A partir de 2009, uma nova proposta de formação universitária de graduação passou a ser oferecida pela UFBA, tendo como base um regime de ciclos e módulos, possibilitando uma visão mais flexível e móbil do ensino superior. (ALMEIDA FILHO, 2008) Essa proposta, que defende programas interdisciplinares de graduação, aposta em um modelo de ensino que busca enriquecer a formação profissional, posterior ao 1º ciclo da educação superior. Pensar no conceito de interdisciplinaridade nos remete às contribuições de Georges Gusdorf, filósofo e epistemólogo francês, considerado por muitos como sendo um dos maiores pesquisadores da interdisciplinaridade, que escreveu, em uma carta pessoal datada de 10/10/1977, dirigida à professora Ivani Catarina Arantes Fazenda, também estudiosa do tema, o seguinte:

[...] o que se designa por interdisciplinaridade é uma atitude epistemológica que ultrapassa os hábitos intelectuais estabelecidos ou mesmo os programas de ensino. Nossos contemporâneos estão sendo formados sob um regime de especialização, cada um em seu pequeno esconderijo [...]. (FAZENDA, 1991, p. 24)

A implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) ocorreu em 2009, com a elaboração do seu Projeto Pedagógico, com a formação do corpo docente e a implantação do Colegiado do Curso. Segundo Teixeira, Coelho e Rocha (2013), o referido projeto teve como maior obstáculo, a tensão gerada pela mudança de um modelo profissional e disciplinar, para um modelo de regime de ciclos, sendo o BI o primeiro destes ciclos de formação profissional. Essa mudança se tornou de extrema urgência, diante

das necessidades consequentes à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reestruturação do setor privado, com demandas de profissionais mais críticos diante da situação da saúde. O Projeto Pedagógico do BIS, na sua elaboração, teve como eixo estruturante o que se assemelhava aos outros BI, conjugado ao que seria específico à saúde, de acordo com “[...] os níveis de determinação do processo saúde-doença e os níveis de organização das práticas de saúde”. (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013, p. 1637)

Essa proposta mobilizou um grupo de professores, que se associou ao projeto na ocasião da implantação. Como qualquer proposta em fase de implantação e de experiência, foram diversos os conflitos e as dificuldades encontradas, principalmente porque propor a mudança dos modelos vigentes seria quebrar paradigmas, mudar posturas e relações que sempre culminam em resistências e inúmeras dificuldades.

269

A PRÁTICA DOCENTE

A reforma da universidade traz, como proposta de reestruturação, a necessidade de se refletir sobre a prática docente contemporânea, no que se refere a estratégias de ensino e atitudes do professor diante das transformações sociais e tecnológicas. Segundo Teixeira (2005), a ampliação do saber, quanto à sua aplicação para a vida, transformou o ato de ensinar na mais dinâmica das funções, fazendo do ensinar um constante aprender. Nessa perspectiva, diante da complexidade existente na prática docente universitária, torna-se imperiosa a reflexão sobre a ação desses profissionais, que assumem a docência nesse nível de ensino. Delors (2003), em seu relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, assegura que, na prática docente:

A contribuição dos professores é crucial para preparar os jovens, não só para encarar o futuro com confiança, mas para construí-los eles mesmos de maneira determinada e responsável. [...] Os professores têm um papel determinante na formação de atitudes – positivas e negativas – perante o estudo. Devem despertar a curiosidade, desenvolver a autonomia, estimular o rigor intelectual e criar as condições necessárias para o sucesso da educação formal e da educação permanente. (DELORS, 2003, p. 152)

O papel da docência, mais do que em qualquer momento da história do ensino e da aprendizagem, se faz, portanto, muito relevante, já que o docente, em sua prática, deve apresentar-se como um agente de mudança, um sujeito facilitador da aprendizagem e da formação humana.

Tradicionalmente, o docente tinha a função de transmitir informações e conhecimentos adquiridos por ele na sua própria formação, cabendo ao aluno receber essas regras e valores vindos do passado e aprendê-las. Com o crescimento da industrialização e o aparecimento da sociedade capitalista, novas necessidades e interesses surgiram, questionando a prática docente, que passou a ser valorizada através de práticas e métodos de ensino, incluindo o aluno nesse processo.

270 A realidade da prática docente diante do projeto da Universidade Nova, com a implantação dos Bacharelados Interdisciplinares, trouxe outras questões além das já citadas anteriormente, por tratar-se de uma proposta inovadora, com mudanças no projeto pedagógico, que visa formar universitários cidadãos através da ampliação do conhecimento e de competências gerais, interpessoais e cognitivas. (UFBA, 2010) Esse projeto permite, ao aluno, construir um percurso de aprendizagem por escolha própria, articulando conteúdos disciplinares e propiciando um melhor discernimento no momento da escolha profissional.

De acordo com Pimenta e Anastasiou (2002), se o professor se posiciona como alguém que está ali para transmitir o que sabe, por ser um bom profissional que domina o conhecimento na sua área, ele ocupa um modelo tradicional. Visando refletir sobre a condição de docência frente à proposta da Universidade Nova, focada em uma posição de implicação do professor nas questões inerentes à realidade social e humana do contexto em questão, buscamos, na psicanálise, aqui representada por Freud e Lacan, contribuições teóricas para o tema da educação e, particularmente, sobre o conceito de transferência, visando compreender o processo que permeia essas relações.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO

O mal-estar social contemporâneo vem sendo um tema presente em todas as discussões que tratam da educação, por ser este um ponto significativo quando se aborda as relações vividas nos contextos institucionais. Levando em consideração que, no ensino universitário, tem-se, principalmente, um público jovem, formado por adolescentes revivendo questões da vida infantil, reeditadas através das suas relações sociais, podemos concluir que as reflexões feitas por Freud justificam, de alguma maneira, a escolha do conceito de transferência como elemento norteador deste trabalho, na medida em que nos auxilia na compreensão da complexa relação professor-aluno, no âmbito da Universidade.

Em 1913, Freud escreveu *O interesse científico da psicanálise*, chamando a atenção para a importância da psicanálise para a educação, apostando que os educadores, ao conhecerem as descobertas da psicanálise, teriam mais facilidade para lidar com questões inerentes ao desenvolvimento infantil. No ano seguinte, em 1914, Freud publicou *Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar*, retomando a questão da educação, a partir de um encontro casual, dele com um professor, ao caminhar pelas ruas de Viena. Esse encontro o fez lembrar seus primeiros contatos com a ciência, ainda no seu período escolar, levando-o a perceber o quanto essa fase o influenciou na sua tarefa futura de contribuir com o conhecimento humano. Como psicanalista, questionou a influência dos mestres na formação escolar, ao refletir sobre até que ponto a personalidade deles seria mais significativa do que o interesse pela ciência, já que o saber se transmite, supostamente, por meio dos professores.

271

Nesse momento, Freud fez referência a uma relação de ambivalência, a saber, amor e ódio, inerente a toda relação importante entre os indivíduos, como substituto das relações primordiais na vida da criança. Chamou de herança emocional essa base, deixada pelos primeiros protótipos, afirmando que todas as escolhas futuras deveriam seguir os efeitos deixados por essas relações. Para ele, a relação com os professores se dava em uma fase da vida, quando o jovem já havia se deparado com o desapontamento em relação à figura do pai, passando a considerar, portanto, o professor como um pai substituto. Freud, então, a partir dessas reflexões, se referiu à transferência, na relação professor-aluno, como algo inerente ao processo de desenvolvimento, concluindo que “[...] nosso comportamento para com os professores seria não apenas incompreensível, mas também indesculpável”. (FREUD, 1980c, p. 288)

Freud nos apresentou o conceito de transferência em 1912, ao discorrer sobre a técnica da psicanálise, mais especificamente em *A Dinâmica da transferência*, quando buscou entender como a transferência acontecia no trabalho analítico. Iniciou, relatando que a necessidade de amar, e a insatisfação por não conseguir plenamente esse amor, acabavam por levar o indivíduo à busca de substitutos para o direcionamento das suas pulsões. Foi nesse ponto que Freud percebeu, contudo, que esse indivíduo poderia ser a figura do analista; e, aqui, de modo pertinente, pensamos também na figura do professor, colocando-o em uma das séries psíquicas já antecipadamente construídas pelo sujeito.

Veremos, agora, como a psicanálise lacaniana também pode contribuir com esse cenário. Lacan retomou a obra de Freud, ressaltando a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, como forma de laço social. Em *Intervenção sobre a transferência*

(1951/1998), mencionou a psicanálise como uma experiência dialética. Com o uso unicamente das palavras, versou acerca da natureza da transferência, deixando claro que não se tratava de observação de comportamentos e, sim, da posição do sujeito diante da verdade, do seu desejo, através da fala, considerando que a transferência não seria um resultado da afetividade. Nesse primeiro momento, Lacan apresentou a transferência no registro imaginário,² quando o analisante, por meio de uma relação intersubjetiva, coloca o analista numa posição que tem a ver com a forma de se relacionar com as suas identificações formadoras. Isso também se mostra perceptível na relação que o aluno estabelece com o professor, quando o coloca, imaginariamente, em posições que reeditam a forma dele se relacionar com o outro.

272

Em 1953, Lacan começou a tratar da transferência pela vertente simbólica. No seu seminário, livro 01, *Os escritos técnicos de Freud (1953-1954/1986)*, discorreu sobre três importantes conceitos, quais sejam o imaginário, o simbólico³ e o real⁴, como forma de abordar a natureza humana, transformando-os em referências para uma melhor compreensão da experiência freudiana. Segundo Lacan, o lugar do sujeito no mundo simbólico, ou seja, no mundo das palavras, é que define a sua situação na relação com o imaginário e com o real. A transferência aparece, portanto, como ato verbal que acontece simbolicamente a cada vez que uma pessoa fala para outra.

No Seminário, livro 8, *A transferência (1960-1961/1992)*, Lacan inicia suas reflexões dizendo que a intersubjetividade deve ser evitada para que apareça outra instância, outro fenômeno, a saber, a transferência. De forma análoga, na relação professor-aluno o encantamento tende a se manifestar, mas é preciso ir além dele, para que o desejo de saber possa acontecer.

2 Utilizado por Jacques Lacan a partir de 1936, o termo é correlato da expressão “estádio do espelho” e designa uma relação dual com a imagem do semelhante. Associado ao real e ao simbólico no âmbito de uma tópica, a partir de 1953, o imaginário se define, no sentido lacaniano, como o lugar do eu por excelência, com seus fenômenos de ilusão, captação e engodo. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 371)

3 Termo extraído da antropologia e empregado como substantivo masculino por Jacques Lacan, a partir de 1936, para designar um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 714)

4 No Seminário 1, Lacan utiliza os conceitos de real e de realidade como sinônimos. Posteriormente, definirá o Real como Termo empregado como substantivo por Jacques Lacan, introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade psíquica, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 644)

Vamos, agora, de forma breve, verificar como Lacan chegou a suas reflexões sobre o amor na transferência.

Lacan utilizou a obra *O Banquete*, de Platão, para falar do amor de transferência a partir do diálogo entre os personagens Sócrates e Alcebíades. Sócrates, então, gostaria de saber o que é o amor e, através do seu discurso, aponta para a falta, como inerente à relação amorosa. No lugar de desejante, de amante, ele quer algo do amado, algo que lhe falta, mas ele não sabe disso. Já o amado funciona como objeto, aquele que tem alguma coisa, mas que não sabe que tem. A partir dessa relação, Lacan percebe que, na verdade, não se trata de uma relação de completude, já que o que falta ao amante, o amado não tem para dar, concluindo que a transferência se encontra entre o amor e o desejo, quer dizer, o sujeito procura, no outro, o que lhe falta. (LACAN, 1992) O que se entende por isso, no contexto da análise? Embora, de acordo com Lacan (1992), o divã analítico seja visto como um leito de amor, isto não procede, já que mesmo estando o paciente ali para saber o que lhe falta, o analista não vai ensiná-lo a amar e, sim, possibilitá-lo saber o que lhe falta, amando. O paciente busca o analista porque supõe não saber o que tem, implicando, já aí, o inconsciente: “[...] se ele parte em busca do que tem e não conhece, o que vai encontrar é o que lhe falta... a saber, seu desejo”. (LACAN, 1992, p. 71) Ao não saber o que o analisante deseja, o analista passa a ocupar o lugar de objeto causa de desejo, de semblante desse objeto (objeto a)⁵ na transferência, sendo que esta relação vai possibilitar, pela via transferencial e pela via do desejo, que o sujeito constitua a forma como se relacionará com os objetos.

E no contexto da educação? O que Lacan proferiu sobre a posição falsa do analista pode se assemelhar, em alguns momentos, à posição do professor quanto ao saber. Além de ensinar, o professor pode possibilitar ao aluno desejar aprender pela via do desejo de saber. Ao professor, é possível ocupar o lugar de objeto causa do desejo, quando há transferência e quando ele suporta o reconhecimento do seu não-saber. Isso condiz com o que Freud (1980d) discorreu sobre a educação, ao apresentá-la como algo impossível, porque o saber, o que o aluno quer saber, estaria com ele mesmo, na sua própria busca por esse saber, pela via da transferência, que produz o desejo de saber.

5 Termo introduzido por Jacques Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de ser não representável, ou de se tornar um “resto” não simbolizável. Nessas condições, ele aparece apenas como uma “falha-a-ser”, ou então de forma fragmentada, através de quatro objetos parciais desligados do corpo: o seio, objeto da sucção, as fezes (matéria fecal), objeto da excreção, e a voz e o olhar, objetos do próprio desejo. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 551)

AS RELAÇÕES ENTRE DOCENTES E ALUNOS DO BI EM SAÚDE

274

Os professores participantes da pesquisa, ao serem questionados sobre a relação com os alunos, na prática docente no BIS, se diferenciaram e se singularizaram a partir da história de cada um e da posição que ocupam perante o ensino. Neste momento, nos propomos discutir a relação professor-aluno, levando em consideração a entrada desses professores no BIS, suas relações com a docência e com o projeto, como acontecem suas práticas docentes e como percebem os alunos no que diz respeito à experiência relacional. Consideramos a forma de entrada desses professores no BIS como relevante, porque nos mostra a implicação deles com o projeto, desde o momento em que decidiram fazer parte do Colegiado. Percebe-se, na fala de todos os participantes, que independentemente de terem sido convidados ou concursados, a relação estabelecida com o projeto foi fundamental:

Quando eu fiz o concurso eu senti que tinha todo o perfil para esse projeto, tem todo o sentido porque eu percorri na minha vida um caminho interdisciplinar em todos os sentidos. (P7).

[...] eu já tinha ouvido falar do projeto [...] aí eu pensei [...] vi que caía como uma luva para mim porque eu tenho uma graduação em uma coisa, um mestrado em outra e um doutorado em outra... (P8).

Ao tratar da relação com a docência na experiência do BIS, consideramos que a identificação com o que se faz torna-se fundamental ao ato de ensinar. Segundo Masetto (2003), o professor precisa repensar sua prática, de acordo com o contexto em que atua, já que é um agente de mudança, um facilitador da formação humana. Ao ser questionado quanto à experiência da docência, P7 diz:

Não me sinto docente, me sinto alguém que compartilha saberes [...] Tem que ter um diálogo, não quero algo que eu chego como se estivesse pronto. Conhecimento não se passa, se constrói em um diálogo. (P7).

P7 complementa a sua fala, trazendo algo da relação com o saber, colocando o professor no lugar de causador do desejo de saber no aluno:

A legitimidade do que eu sabia se podia dar a partir do que o outro precisava saber. Eu então perguntava: o que é que você quer saber? A docência é isso para mim, é o percurso por um tempo com o outro que não é curioso porque não sabe o que você tem para dar, então, é despertar essa curiosidade, esse interesse, essa necessidade de saber. (P7).

O participante P3 fala da sua experiência como docente, enquanto algo construído no contato com os alunos:

Eu acho que a docência ela se aprende no dia-a-dia, ninguém fabrica, não sai quentinho... “esse aqui é um professor”, mas o professor de um bacharelado pensando as nossas formações, a gente aprende a fazer aqui. Então esse perfil ele é construído, construído nos embates, nas diferentes experiências, no contato com esses alunos, nas dificuldades, ele é a todo momento e a gente vai se recriando. (P3).

Na fala de P1, percebe-se o quanto a relação de confiança e a suposição de saber se tornam importantes:

Os alunos perguntam muito sobre as profissões, eles se envolvem, [...] eles acreditam que eu possa responder às dúvidas deles referentes às profissões, a maioria que me procura quer saber mais sobre a maioria dos cursos que eu fiz, sobre o mercado de trabalho, [...] é uma relação interessante, [...] a orientação acadêmica também aproxima mais o professor do aluno. (P1).

275

Como forma de justificar essa relação mais próxima, P1 traz a experiência da orientação acadêmica, atividade que faz parte do projeto do BI. Nesses encontros, diante da disponibilidade do professor para escutar os alunos quanto ao percurso acadêmico a ser traçado por eles, ocorre uma maior proximidade que, conseqüentemente, influencia na formação do aluno. É uma atividade que acontece com um grupo pequeno, que escolhe o professor que será o orientador. Na visão de P1, a disponibilidade do professor para escutar faz causar o desejo e contribui na relação com o aluno:

É mais próxima [...] são relações que a gente desenvolve aqui que vão além daqui. Eu acho que fica uma ligação com os alunos, coisa que eu não mantive no CPL. (P1).

Para P2, as relações com os alunos do BIS são iguais às relações com outros alunos. O aluno é visto, por esse participante da pesquisa, como igual a qualquer outro jovem que faça parte da sua relação cotidiana, como um jovem que deseja. Diz P2:

Eu acho muito semelhante, eu acho os jovens que eu tenho em casa e na família é o aluno do BI, os jovens que eu tive nas outras faculdades... Todos eles têm as mesmas vontades, querem ter sucesso, de ganhar muito bem, ter muita sorte na vida. (P2).

A fala de P2 nos remete às reflexões de Freud (1980c), já apontadas anteriormente, quando ele nos diz que a relação com os professores se daria em uma fase da vida dos jovens, quando estes já haviam se deparado com o desapontamento em relação à figura do pai, considerando, portanto, o professor como um pai substituto. São jovens adolescentes, vivendo questões da vida infantil, reeditadas, como já dito, através das suas relações sociais em uma fase da vida que precisam desejar saber, crescer e construir um projeto de vida. O que vai diferenciar e singularizar o processo de cada um é, justamente, a interferência do professor como articulador, fazendo funcionar, nesse momento, todo o processo, possibilitando, via transferência, que a relação com o saber se instale. O vínculo transferencial, na relação professor – aluno, tanto pode acontecer pela via imaginária, quando o professor opera como um substituto na recepção dos afetos de amor e ódio, como pode também acontecer, conforme nos disse Freud (1980c) pela via de uma herança emocional. Nessa perspectiva, esta relação também pode ser sustentada pela via do saber, da produção, a depender da direção sugerida pelo professor. De acordo com P7:

O mais significativo é... a possibilidade de estabelecer um vínculo afetivo e um vínculo científico com os meninos. (P7).

O professor é colocado pelo aluno no lugar de mestre, mas, no momento em que esse professor possibilita ao aluno que ele encontre um sentido para seu desejo, questionando-o quanto a direção que ele quer dar ao seu curso, ele pode desejar produzir. Discorre P4:

[...] na primeira aula eu falei que vai ser muito bom esse curso pra quem está pensando no mestrado, quem veio pra retomar, quem já tem ideia, ou quem está na iniciação científica, [...] ele vai compreender melhor, ele vai fazer um melhor uso disso... (P4).

A experiência de P6 é vivenciada como bastante carinhosa, uma relação permeada pelo afeto, considerada por P6 como diferente de outras experiências, conseqüente à identificação que tem com o projeto do BIS. (UFBA, 2010) Durante toda a entrevista, P6 expressou seu encantamento com a proposta:

Isso para mim é uma coisa maravilhosa, eu adoro estar com esses alunos [...] e eu nunca recebi o carinho como professora do que eu recebi com os alunos do BI. (P6).

A identificação do professor com o projeto influencia bastante no desejo de que a relação de trabalho com os alunos aconteça. Durante toda a entrevista, P3 mostrou uma grande identificação com o BIS, que repercute na forma de ver os alunos, colocando-os em um lugar diferenciado. Isso é observado na fala de P8 e de P6, que mostram um grande encantamento no que estão construindo com os alunos, percebendo um diferencial nesta relação:

Eu estou adorando, a troca de energia com os alunos é maravilhosa. [...] tem uma troca forte. (P8).

Isso me mudou como professora [...] hoje eu sou uma professora eu acho melhor, né, do que eu fui [...]. (P6).

277

O docente P3, na relação com o aluno, acentua a relevância da forma como o professor pensa o objeto de ensino, sua relação com a docência. Se ele pensa no objeto, de forma abrangente, não profissionalizante, com várias possibilidades de articulação com o saber, isso influencia nas práticas docentes utilizadas e na formação do aluno:

[...] a minha forma de dar aula ou de discussão, ela é sempre de problematizar essas fronteiras, então eu gosto muito de pensar os objetos [...] que a gente por acaso esteja discutindo [...] sem buscar reduzir esse objeto. (P3).

Assim, através de uma relação com o objeto, de uma forma interdisciplinar que, segundo Fazenda (1991), se designa como uma atitude que vai além do que é estabelecido pelos programas de ensino, P3 convida o aluno para as discussões, direcionando para ele a produção de saberes:

Então a minha prática acadêmica ela realmente é um esforço, uma labuta, uma atividade com os alunos de expandir uma perspectiva, um olhar, tentar ver o objeto [...] de mais de um determinado ponto de vista, eu não consiga abarcá-lo, também não é essa minha pretensão. Mas é discutir em sala de aula ou fora da sala de aula. Os objetos eles são complexos e exigem ou existem versões múltiplas desses objetos, ou formas distintas ou perspectivas diferentes, também um único olhar da forma não dá conta desses objetos. (P3).

Essa fala de P3 mostra que a proposta do BIS possibilita que o aluno dialogue mais com os saberes e possa apreender o objeto de uma forma singular, através de um processo que ele vai construindo, como pode ser visto, como efeito da posição do professor diante desse objeto, uma

posição de um saber “não todo”. O que vai possibilitar esse efeito aos alunos é a implicação do professor com a proposta, que solicita uma direção em sala de aula de maneira mais problematizadora e articuladora, visando alunos mais criativos e autônomos. A fala de P6 corrobora com isso:

[...] os alunos desse instituto buscam dialogar com determinados saberes e práticas de uma forma muito mais aberta do que a minha formação possibilitou... eles não estranham e eles embarcam nessa proposta, pra eles é muito tranquilo, é menos estranho a discussão, a problematização, a reflexão plural ou pluralística aberta, é algo que como se fosse do cotidiano deles, isso faz parte do cotidiano. (P6).

278

Lacan (2003) trouxe o ensino não como aprendizagem, mas como transmissão de um saber que vai além do conhecimento. O saber, nessa perspectiva, apresenta-se como produção do aluno, estando o professor na posição de articulador e, não, como detentor desse saber. Uma posição de quem questiona e, ao mesmo tempo, possibilita produzir:

Os alunos eles vão construindo, claro que eles também transitam pela universidade, transitam por disciplinas, tem direções, [...] o resultado desse trânsito, é muito mais interessante do que aquele que nós tivemos em unidades, nossa formação tradicional, mesmo que os professores se esforçassem de forma interdisciplinar ou interdisciplinarmente, mas é mais interessante. (P6).

O docente P6 traz, na sua experiência, também um questionamento com relação à direção dada às aulas, no que tange à articulação das suas aulas com a proposta do projeto. Esse questionamento leva-os ao “como fazer?”, que conduz ao saber fazer, a partir do desejo:

E isso exige de mim muita atenção porque eu sempre fico “ah, isso é uma coisa que vale a pena estudar mais, mas como eu estou fazendo?” [...] solicita que o docente mude muitas vezes sua forma de ser docente, tanto do ponto de vista da relação que a gente tem do conhecimento [...] eu, eu é que tenho que chegar a eles. (P6).

A fala de P4 corrobora com a fala de P6, com relação à forma de conduzir as aulas, a partir da proposta do BIS, por encontrar-se diante de alunos que estão aproveitando o curso, mas não sabem ainda onde vão chegar. Considera isso um grande desafio para o professor, que não está formando profissionais com um aprendizado específico:

[...] eu sinto que elas gostam das disciplinas, que elas gostam das discussões, elas gostam das aulas, é, elas gostam dos professores, elas gostam de estar na universidade mesmo com todas as dificuldades, mas obviamente que o sentido pra cada um é muito diferente, o uso que se faz disso. Eu acho que pra grande maioria ainda é: eu ainda não sei bem onde estou, o que estou fazendo e pra aonde vou. (P4).

E o professor, será que sabe como conduzir esse processo? Essa é uma questão importante, quando falamos da docência. Fazendo uma analogia, podemos lançar mão das reflexões de Miller (2003), ao falar do ensino de Lacan, durante seus seminários, quando ele ressalta que aí não se trata de um método, nem de um procedimento; não existem regras. Segundo ele, Lacan falava do seu objeto de forma criativa, de uma forma que se embrulhava, se atrapalhava e se desembrulhava novamente. Modificava, reinventava a cada instante, uma forma particular de fazer. Lacan (2006, p. 70) dizia que não podia entregar o ensino como se fosse um comprimido, que seu ensino fazia certo “barulho”, saltava aos olhos, por tratar-se de um discurso. Ele acrescentou, nesse mesmo texto, que não deveríamos nos deixar “cretinizar” pela cultura, como já fomos um pouco “cretinizados” pelo ensino secundário.

279

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as contribuições contemporâneas a partir de estudos e pesquisas na interface da educação com a psicanálise, especialmente no que diz respeito às reflexões feitas por Freud e por Lacan no decorrer das suas obras. Por considerar o ensino superior como um campo propício às reflexões, principalmente se levarmos em consideração a proposta inovadora da reforma universitária – vigente no Brasil desde 2007 – e seus possíveis efeitos nas relações, nesse cenário, destacamos a relação professor-aluno como um ponto crucial.

As contribuições da psicanálise sobre a relação professor-aluno nos possibilitam pensar que a relação transferencial, vista por Freud como universal, se faz também presente no âmbito da educação, nos mostrando o quanto é importante compreender este conceito para que possamos, cada vez mais, aprofundar e problematizar o estudo das relações entre professores e alunos, em qualquer contexto. Diante do material que foi coletado a partir das falas dos participantes, no que tange à experiência destes professores, é possível considerar que a relação de identificação com o

projeto do BIS foi unânime, na medida em que foi vista, principalmente, como uma possibilidade de mudança na estrutura vigente.

Os professores falam da docência como uma prática contínua, dialética, relacional, que solicita implicação, energia e disponibilidade para escutar. A percepção dos professores quanto ao perfil dos alunos do BIS traz, como ponto fundamental, a liberdade, mesmo que relativa, que eles apresentam, ao transitar pelas unidades e ao dialogar com os saberes. Os docentes consideram as relações com os alunos do BIS como mais próximas e mais afetivas, em comparação com as experiências anteriores, o que corrobora com a proposta do projeto do BIS (UFBA, 2010), que tem em vista uma formação mais humanística. Enfim, as reflexões produzidas ao longo deste trabalho nos estimulam a continuar os estudos e pesquisas na interface da educação com a psicanálise, levando sempre em consideração o conceito de transferência como norteador da relação professor-aluno.

280

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. de. Universidade Nova no Brasil. In: SANTOS, B. de S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A universidade no século XXI: para uma Universidade Nova*. Coimbra: Almedina, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Plano de expansão e reestruturação da arquitetura curricular na Universidade Federal da Bahia (REUNI)*: termo de referência. Salvador, 2007.
- DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. Tradução de Jose Carlos Eufrazio. São Paulo: Cortez, 2003. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.
- FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade: um projeto em parceria*. São Paulo: Loyola, 1991.
- FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. Volume 12. p. 131-143.
- FREUD, S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980c. Volume 12. p. 283-288.
- FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980d. Volume 23. p. 239-287.

- FREUD, S. O interesse científico da psicanálise. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. Volume 13. p. 199-226.
- LACAN, J. Alocução sobre o ensino. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003. p. 302-310. (Campo freudiano no Brasil).
- LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p. 214-225. (Campo Freudiano no Brasil).
- LACAN, J. Meu ensino, sua natureza e seus fins. In: LACAN, J. *Meu ensino*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006. p. 67-100. (Campo freudiano no Brasil).
- LACAN, J. *O seminário: livro 1: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986. (Campo freudiano no Brasil).
- LACAN, J. *O seminário: livro 8: a transferência, 1960-1961*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992. (Campo freudiano no Brasil).
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: ArtMed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- MASETTO, M. (Org.). *Docência na universidade*. Campinas: Papirus, 2003.
- MILLER, J. A. *O rouxinol de Lacan*. Carta de São Paulo, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 18-32, out./nov. 2003.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L. das G. C. *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez, 2002. Volume 1.
- PINHEIRO, L. U. *Universidade dilacerada: tragédia ou revolta?: tempo de reforma neoliberal*. Salvador: Solisluna Design, 2004.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.
- SANTOS, B. de S. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SANTOS, B. de S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008. (Conhecimento e Instituições, 1).
- TEIXEIRA, A. Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2005. (Coleção Anísio Teixeira, 10).

TEIXEIRA, C. F. de S.; COELHO, M. T. Á. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado Interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, jun. 2013.

UFBA. Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador, 2010.

O CURRÍCULO OCULTO NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR

GEORGE AMARAL SANTOS
NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

INTRODUÇÃO

As práticas pedagógicas – atos que produzem educação – estão diretamente relacionadas à forma como um grupo social compreende e se relaciona com o “saber” assumido como hegemônico. A escolha do saber considerado válido e suas conseqüentes determinações sobre a prática pedagógica não se dá sempre de forma cooperada, havendo concorrência entre as intenções de permanência e de transformação que podem ser inculcadas ou sofrerem resistência, a depender de quem as propõe e de seu poder para determinar a validade dos saberes. Por exemplo, em uma lógica onde o saber está associado à memorização, as práticas pedagógicas serão centradas na exposição de conhecimentos, cópia e anotação da exposição, com posterior memorização, que será verificada com uma prova. (ANASTASIOU; ALVES, 2012)

O currículo, nesse contexto, funciona como um espaço de negociações e disputas e traz à tona a experiência da formação enquanto transcendência de documentos burocráticos, como os projetos político-pedagógicos (PPP) e suas oficialidades técnicas, perspectivando-a como invenção social e cultural multicriada em experiências sócio educacionais compartilhadas. Macedo (2009, p. 24, grifo do autor) ratifica esse conceito de currículo como:

[...] um artefato socioeducacional que se configura nas ações de conceber/selecionar/produzir, organizar, institucionalizar, implementar/dinamizar saberes, conhecimentos, atividades, competências e valores, visando uma 'dada' formação, configurada por processos e construções constituídos na relação com o *conhecimento eleito como educativo*.

284

Neste estudo, nos concentramos nas teorias críticas do currículo que, influenciadas por movimentos de transformação social em países como Inglaterra, França, Brasil e Estados Unidos na década de 60, colocam as práticas de reprodução do ideário liberal-capitalista em análise, fazendo frente ao pensamento educacional tradicional que se preocupava apenas com a organização do currículo, sem qualquer tipo de questionamento à forma social dominante, e que tomava o *status quo* como referência desejável. (SILVA, 2011) As teorias críticas do currículo são caracterizadas como:

[...] um movimento que vai desde as reflexões que vinculam as concepções e os atos de currículo à dinâmica de produção da lógica capitalista, passando por uma identificação dessa lógica capitalista como uma cultura que se reproduz na escola (a noção de capital cultural e reprodução em Bourdieu e Passeron), até a assimilação de estudiosos do currículo como Apple, Giroux e McLaren, das ideias de Gramsci e Paulo Freire, nos quais o conceito de *hegemonia* e *resistência* dinamiza o entendimento de que são as ações coletivas que fazem a mediação dos processos de luta no campo contraditório das relações de poder no currículo. (MACEDO, 2009, p. 38, grifo do autor)

O que se coloca em destaque é o fato de que o léxico que constitui o currículo é produto de uma disputa pela hegemonia de determinadas concepções e práticas. Nessa direção, Moreira (2001) explica que a concorrência por recursos de poder se materializa tanto nos Projetos em torno dos quais a instituição se organiza, quanto nas relações vividas por estudantes, professores e instituição no processo educacional. Apesar de ocultas da formalidade documental, estas vivências aparecem nos não-ditos, nos

caminhos alternativos, nas opacidades das relações, constituindo o currículo oculto, produzido pelos sujeitos que criam os atos de currículo, vivem o conhecimento eleito como formativo, desenham percursos e criam estratégias e condutas para se sobreporem no contexto institucional. (MACEDO, 2013) Adotando essa perspectiva, este estudo tem por objetivo identificar, a partir da percepção dos estudantes, o currículo oculto produzido no cotidiano dos cursos de graduação da área de saúde e sua aproximação ou afastamento do currículo manifesto nos Projetos Político-Pedagógicos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A produção do material empírico deu-se através de técnicas que possibilitaram a compreensão acerca do currículo tanto como um artefato documental quanto como prática sócioeducacional, quais sejam: a) Análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Saúde Coletiva e do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI Saúde) da UFBA, coletados nas unidades universitárias ou em seus websites; b) Entrevistas semiestruturadas com docentes que estiveram ou estão envolvidos na concepção e implementação do currículo vigente; c) Produção de relatos autoetnográficos dos estudantes egressos do BI Saúde que ingressaram nos Cursos de Progressão Linear (CPL), incluindo: i) Relatos da vivência no BI Saúde: desde a decisão de participar do processo seletivo até a conclusão do curso; ii) Diário de Campo escrito durante 30 dias, com registro do cotidiano de estudos no CPL; iii) *Shadowing* (sombra), acompanhamento e registro das atividades de um estudante por outro (de curso de graduação diferente) durante um dia comum na universidade.

285

Na exposição e análise dos depoimentos e registros, optou-se por manter o anonimato dos participantes, utilizando-se códigos formados pelas iniciais D ou E para docentes e estudantes respectivamente, acompanhadas das iniciais dos cursos (E, M, BIS, SC), seguido de um número atribuído aleatoriamente. Nomes de professores citados nos relatos foram registrados por uma letra atribuída aleatoriamente.

ANÁLISE DOS CURRÍCULOS MANIFESTOS: AS INTENÇÕES DOCUMENTADAS

Os currículos formais analisados (implantados entre 2007 e 2010) declaram institucionalmente a opção por uma prática pedagógica que assume o estudante como sujeito ativo do processo educativo. Além disso, propõem

um perfil profissional que seja crítico, humanista e reflexivo, capaz de fazer escolhas em seu processo de construção intelectual, profissional e política. Afirmam também a ruptura com a forma tradicional de produção de profissionais de saúde, caracterizada pelo privilégio à especialização precoce, ao dogmatismo dos conteúdos e à memorização de informações, na qual os estudantes são colocados como objeto (passivos) de um processo de ensino definido pelos docentes e subordinado à estrutura administrativa da Universidade.

286

Os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva fazem explícita declaração do direcionamento de seu currículo para o fortalecimento do SUS e para a produção de trabalhadores que sejam transformadores do modelo de atenção. Já o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, pensado como um curso de formação geral anterior à profissionalização, apesar de não afirmar explicitamente em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) a intenção de apoiar o processo da Reforma Sanitária Brasileira, o faz implicitamente: ao direcionar os componentes curriculares obrigatórios do eixo de formação em saúde para o estudo dos processos históricos de configuração da política de saúde no Brasil; ao assumir uma parcela relevante dos projetos de pesquisa e extensão em serviços do SUS ou ações de base comunitária para produção de cidadania e promoção da saúde; ao indicarem autores do campo da Saúde Coletiva como referências dos componentes curriculares obrigatórios.

No entanto, conforme já afirmado, o currículo é um território de permanentes disputas e o que se processa nas práticas educativas escapa às intenções declaradas. Nessa direção, é importante salientar as discordâncias entre esse currículo manifesto nos documentos de intenção e aquele que se processa nas relações entre os agentes do processo educativo. Para tanto, as narrativas dos estudantes e a percepção dos docentes entrevistados sobre tais narrativas possibilitam a observação de uma “visão de dentro” do mundo social de cada estudante na universidade (COULON, 2005), tornando observável a dinâmica de seu cotidiano na graduação, que contribui para aprendizagens sociais relevantes – o currículo oculto.

O QUE OS ESTUDANTES DIZEM DO CURRÍCULO QUE VIVENCIAM?

No curso de Medicina há uma concordância entre os relatos em relação à organização das aulas. Como ilustração inicial, podemos analisar uma descrição de aula durante *shadowing* de um estudante de medicina, que representa a grande maioria dos relatos produzidos:

Encontramos a turma no anfiteatro do 4º andar do ICS, que é uma sala muito grande, estando as pessoas mais concentradas na frente e no centro, em cadeiras voltadas para o professor, que ficava em uma parte mais alta no piso e usava um microfone para ampliar a sua voz. Havia um número grande de alunos na sala, mas EM1 disse-me que ali estava apenas, mais ou menos, metade da turma, confirmando que muitas pessoas não vão para essa aula. O professor estava no meio da explicação sobre o Sistema Respiratório, abordando as doenças que podem acometê-lo e como identificá-las através de sinais e sintomas. EM1 procurou um lugar mais afastado, abriu seu caderno e começou a fazer as anotações do que achava importante. Ela me falou que estava feliz porque não era outra professora do componente que estava ministrando esta aula, pois esta não estimulava o aluno, sendo uma aula menos dinâmica – o que pode ser um dos motivos para as pessoas faltarem tanto às aulas – e, pelo que constatei, este professor, realmente, interagia bem com a turma, arrancando até risos e deixando o clima mais ‘leve’. EM1 estava, constantemente, atenta ao seu celular, chegando até a sair para receber uma chamada. [...] apesar de anotar alguns pontos da fala do professor. Ao final da aula, ela me afirmou que estava com sono, pois havia passado a noite acordada, estudando. Em seguida, nos dirigimos ao auditório do 1º andar, a fim de assistir aula de Fisiologia, que trataria do Sistema circulatório e do controle da pressão arterial. [...] Dessa forma, procuramos lugares para sentar. Esta sala era menor que a anterior, mas a disposição dos alunos era semelhante: concentrados na frente e no centro. Antes que a aula efetivamente começasse, EM1 saiu da sala a fim de procurar um colega e eu a acompanhei. Fomos até a cantina do prédio, aproveitando para lanchar. Lá, encontramos várias ex-colegas do BI de outro semestre de Medicina e começamos a conversar, ficando fora da sala por volta de uma hora. EM1 comentou que esta aula também é considerada uma das que são ‘mangueadas’, em que a turma falta muito, pois algumas pessoas têm o costume de gravar o áudio das aulas e repassar para o resto da turma. Quando voltamos, EM1 começou a fazer anotações do assunto em seu caderno, mas logo o seu cansaço a venceu e ela começou a cochilar. Nesse momento reparei que a turma estava bem dispersa, só prestando realmente atenção à aula quem estava na frente. EM1 acordou após alguns minutos, estava, aparentemente, muito cansada, e variava entre prestar atenção à aula, monitorar o celular e dar pequenas cochiladas. (EE1¹ seguindo EM1)

1 EE – Estudante de Enfermagem; EM – estudante de Medicina; ESC – estudante do curso de graduação em Saúde Coletiva; EBIS – estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

As aulas são descritas como palestras sobre temas técnicos específicos. Em praticamente todos os relatos a organização dos atores é a mesma: o professor à frente, exibindo *slides* no programa *Power Point*, diante da plateia de estudantes, sentados, fazendo anotações ou cochilando. Os conceitos não são discutidos ou relacionados a algum momento prático ou problema da realidade de comunidades. São, na verdade, apresentados como dogmas. Além disso, quando se referem a aulas que despertam o interesse, ou que seja agradável, isto significa que o docente costuma usar humor durante as palestras realizadas. Porém o humor, algumas vezes, tem intenções opostas às do projeto do curso, como se nota a seguir:

288

A aula é cheia de exemplos e piadas, em sua maioria machistas e reacionárias – pontuando bem o modelo ‘medicalocêntrico’, a educação e saúde americanas como referência, etc. O que mantém a atenção da turma – apesar do burburinho constante, principalmente quando há uma questão polêmica. Ele conseguiu arrancar aplausos da turma com piadas extremamente preconceituosas. [...] O professor diz: ‘A educação no Brasil é uma palhaçada. Isso aqui é uma palhaçada... nos padrões dos EUA, a educação básica é pública e a Universidade é paga. Você guarda o seu dinheiro enquanto você vai crescendo e aí você vai pra uma universidade que preste e que é equivalente ao seu valor. Então você vai lá e aprende. Aqui vocês não aprendem nada, porque vocês vêm burros do colégio. Eu vou ficar fazendo o quê? Dar a base?’ (ESC1 seguindo EM2)

O professor fala: ‘Que ovários lindos’, pras meninas, quando entram na sala. (EM2).

Aulas com atividades práticas e dinâmicas, em grupos menores, contam com uma participação mais ativa do estudante, sendo descritas como mais interessantes. No entanto, a produção de conhecimento continua partindo da teoria, sem que se estabeleçam quaisquer conexões com a realidade de saúde.

A aula foi na sala 311 do 3º andar, o objetivo era praticar a realização de um teste ergométrico ou teste de esforço, que avalia a atividade elétrica do coração durante o esforço físico. Toda a turma deveria encontrar as respostas de um roteiro dado, com cada um realizando uma atividade, para, posteriormente, discutirem os resultados obtidos. Um dos alunos fez o papel do paciente enquanto os outros se dividiam em monitorar o exame e anotar os dados. EM1 se mostrou muito mais animada nesta aula, acredito que, principalmente, por ser uma aula mais dinâmica. Muitos dos alunos do grupo de prática

dela eram egressos do BI, o que pode, também, explicar a grande interação dela com eles, que já é de muitos anos. Após a realização das atividades, a professora discutiu com os alunos quais os significados dos resultados encontrados e os aspectos fisiológicos que estavam envolvidos e liberou a turma. (EE1 seguindo EM1)

No curso de Enfermagem, são variados os perfis dos docentes e a dinâmica das aulas. A percepção no primeiro semestre sobre o currículo é de que há uma integração entre os componentes curriculares e entre os docentes, como nota-se a seguir:

Uma característica que para mim ficou evidente neste semestre foi a interdisciplinaridade dos componentes deste período, principalmente aqueles alocados na Escola de Enfermagem. Isso pôde ser confirmado com a elaboração de um trabalho final, um portfólio, que envolveu as três disciplinas realizadas. [...] foi possível perceber claramente o trabalho em conjunto realizado entre os professores destes componentes e como estes proporcionaram um ensino integrado. (EE1)

289

Os componentes “Educação em Saúde” e “Vigilância em Saúde” são apontados como integradores entre a prática na Universidade e a prática na comunidade, já que os estudantes estão constantemente no movimento de ir à comunidade perceber demandas, estudar e produzir respostas a partir dessas demandas e retornar à comunidade com atividades diversas. Exemplifica-se com uma das atividades descritas:

Hoje a minha aula de Educação em Saúde foi no Centro de Saúde, que fica no bairro X. O nosso grupo foi acompanhado da professora G, nossa professora de prática, para tomar conhecimento das principais demandas dos usuários a fim de realizar, daqui a quinze dias, uma atividade educativa com um tema que seja de interesse dos mesmos. Acreditamos que se eles escolherem o tema, a atividade será mais produtiva. (...) Além de conversarmos com alguns usuários, ouvimos também profissionais, visto que as pessoas, ao nos verem de branco, fazendo perguntas e anotando coisas, ficam com vergonha de sugerir temas que para eles é alvo de preconceito, como aborto, doenças venéreas, gravidez na adolescência e abuso sexual. Os usuários, a maioria mulheres, mostraram interesse por questões relacionadas à segurança das crianças e ficou decidido que a nossa atividade educativa seria sobre engasgo, o risco dos andadores e infecção exógena. Ficamos muito felizes com a postura deles. Pois achamos que seria muito difícil chegar ao consenso e, no entanto, todos se mostraram tranquilos e satisfeitos em dialogar com a gente. (EE2)

Nos dois primeiros semestres, os componentes curriculares cursados na escola de Enfermagem são percebidos como funcionando de forma integrada e articulados com a realidade de saúde vista em comunidades do município. Os problemas ficam localizados em componentes oferecidos pelo Instituto de Ciências da Saúde que, como no curso de Medicina, mantêm as aulas concentradas na exposição de conteúdos, com a organização de cada aula em um espaço de tempo insuficiente para o volume proposto de conteúdos, e com avaliações que privilegiam a memorização de conhecimentos disciplinares. As tentativas de integração entre os componentes curriculares do semestre deixam de ser efetivadas quando incluem componentes como “Microbiologia” e “Bioquímica”, por exemplo:

290

Estou com sérios problemas para acompanhar as aulas. É muita coisa. E o professor ainda corre com os assuntos, passando para a gente de forma superficial. Não tem como entender nada desse jeito, pois quando eu começo a entender o que ele acabou de falar, ele já passa para outro assunto. E não se trata de nada tão simples. Ou seja, não são assuntos que eu possa simplesmente gravar e fazer a prova. Se eu não conseguir entender alguns mecanismos, não vou fazer uma boa avaliação. (EE2)

O objetivo percebido das aulas é a preparação para a prova. Não são estabelecidas relações com a prática da Enfermagem ou com problemas de saúde das comunidades frequentadas pelos estudantes:

A professora não explica direito, ela simplesmente corre com o assunto. Preocupa-se mais em cumprir o cronograma do que fazer com que a gente entenda. O principal objetivo dela, além de nos ver desesperados, é dar aula sobre o assunto a tempo de colocá-lo na prova. (EE2)

Não acredito que iremos nos preocupar com as macromoléculas no momento que estivermos atendendo uma pessoa, mas, sim, tentaremos entender que mecanismo está ligado à determinada patologia. Ou seja, delinear o histórico da doença, para chegarmos precisamente à disfunção do organismo que ela está relacionada. E isso, pelo que eu ouvi de alguns colegas mais experientes, nós só vamos aprender na parte de Bioquímica Metabólica. (EE2)

No terceiro semestre do curso, os relatos se concentram em descrever o componente “Fundamentos de Enfermagem para o cuidado individual”. As descrições apontam experiências tensas, onde os estudantes sentem-se amedrontados e diminuídos. O componente é apresentado como

aquele que define se a estudante tem vocação para ser enfermeira ou não. Caso não demonstre habilidade nas práticas, não tem vocação. Os textos produzidos são ricos de descrições das aulas, onde as professoras interrompem os estudantes e terminam os procedimentos nos manequins para treinamento de habilidades, ou, ainda, impedem o manuseio dos manequins para não gastá-los. O trecho a seguir descreve uma dessas aulas:

Uma colega minha foi fazer a intravenosa, a mais difícil, e o braço do boneco é lindo, as veias são todas saltitantes, e a gente quase deitado em cima do boneco. A professora fez na maior agilidade e a gente quase aplaudiu. Aí ela disse que agora a gente iria fazer. Ela perguntou: ‘O que é isso?’ e todo mundo calado. ‘Gente eu perguntei o que é isso e quando eu pergunto o que é isso, é pra vocês responderem’. E a gente respondeu: ‘Um cateter’. Ela diz: ‘Sim. Mas na unidade, como é que chama isso? Não é de cateter’. A gente não sabia. Como assim? Uma colega falou que a gente não viu na aula isso. ‘Como vocês não viram cateter na aula?’ Ela perguntou. E a colega respondeu que já tínhamos visto o cateter e achávamos que todos eram chamados assim. A professora disse que não, que na unidade tínhamos que pedir pela marca. Agora se chama de ‘jelco’. Você pede o ‘jelco’ e aí eles te dão um. Deu um garrote para cada um: ‘De presente pra vocês levarem pra Unidade’. Na mesma hora todo mundo começou a fazer no braço do outro. Tem que ser um lacinho que quando você puxa uma ponta, ele se desfaz. Aí a professora pediu que fizéssemos no boneco. Minha colega foi fazer. Essa menina tremia tanto, tanto, que dava agonia na gente. Uma colega falou pra ela parar de tremer que já estava dando nervos. Ela respondeu ‘Ah, mas não estou conseguindo’ e a gente: ‘Calma! Nem é uma pessoa de verdade’. Os professores olharam com total olhar de reprovação. Começa com aquela pressão: ‘Você agora é a enfermeira da Unidade. Nós não estamos aqui, seus colegas não estão aqui. Você está sozinha. Prepare sua bandeja’. A menina estava tão estressada que ela não conseguiu pegar a bandeja, pegou a cuba rim. As professoras viraram a cara: ‘Primeiro que isso não é bandeja, é uma cuba-rim. Isso não é bandeja, certo?’. E falam assim... de um jeito: ‘Isso é uma cuba-rim’. Você que está ali pra aprender, fica se sentindo mal. Ela preparando e a professora: ‘Quantas seringas eu preciso pra fazer esse procedimento?’. Você fica com tanto medo que até você esquece o que acabou de ver e fica na dúvida: duas ou uma, duas ou uma?’ e a professora olha pra gente e diz: ‘Não falem! porque vocês estão sendo avaliados’. Terrorismo! Aí começa a pressão psicológica: ‘Isso, na Unidade, tem que ser [feito] em trinta segundos. Não pode demorar. Está em câmera lenta. Saibam disso, vai ter quinhentos braços pra vocês puncionarem. Não é pra fazer nessa vagareza que estão

fazendo aqui. Você vai fazer isso aqui e outro paciente vai gritar'. [...] A menina ficou depressiva a semana toda, pensando que não tinha vocação pra Enfermagem. (EE2)

292

Conforme o relato anterior, percebe-se que o estudante pouco faz um procedimento completo, sendo constantemente evidenciada sua falha. Diante de um erro, o discente é impedido de continuar e é afastado do manequim, obrigado a uma ação passiva diante do erro. Após essas aulas no laboratório de habilidades, o estudante realiza as práticas no hospital. Nos relatos, fica a ideia de que o manequim é valioso e não se pode errar com ele, mas se aprenderá com a manipulação de pacientes nos hospitais onde acontecem as práticas desse componente. O paradoxo que se apresenta, tanto no curso de Enfermagem quanto em Medicina, é o da supervalorização de um manequim, caro, e o barateamento dos humanos, onde o estudante realizará os procedimentos expostos nas aulas, onde poderão errar. Um trecho dos relatos que exemplifica isso é o seguinte:

Estamos no Hospital X. Um desespero! No laboratório elas não deixavam a gente fazer nada. Elas sorteiam uma pessoa pra ajudar e essa pessoa não fazia, porque a professora fazia por ela. Quando começava a fazer alguma coisa errada a professora dizia que não era assim não: 'deixa eu te mostrar como é que é'. E nesse 'deixa te mostrar', ela fazia tudo, não voltava pro aluno nunca mais. Ela pegava a sonda, fazia tudo e depois dizia: 'Entendeu?'. No hospital ela larga a gente. Diz que a gente é a enfermeira do plantão, e larga lá. Meu paciente é o pior de todos, ele vai levar meses pra ter alta. Ele teve três AVC e está em DPO, com dreno porque tem água na pleura e eu tenho que fazer esse curativo. (EE2)

Por outro lado, no curso de graduação em Saúde Coletiva, há acordo nos relatos produzidos de que as aulas assumem o estudante como sujeito ativo de seu processo de aprendizagem. A fala do estudante é estimulada e valorizada cotidianamente. O que prevalece como metodologia das aulas é a leitura prévia do conteúdo da aula, a discussão sobre o que os estudantes compreenderam sobre a leitura e que articulações fazem com outros conteúdos e com seus contextos de vida. Em um dos relatos de *shadowing* é possível perceber esse ambiente:

[...] mas aqui na Saúde Coletiva, pelo menos na sala de ESC2, as pessoas apresentavam naturalmente, sem aquela tensão de você apresentar um seminário. Professora S estimula o estudante... o professor olha para você com sinal de positivo para o que você está falando. Eu acho que meus professores são muito ruins. Ela não fez nada

demais, mas eu sinto falta disso. Eu queria encontrar isso todos os dias quando eu chegasse na faculdade, não interessando qual fosse a disciplina. (EE2 seguindo ESC2)

Também relatam a proximidade entre os conteúdos estudados em seu percurso no BI Saúde com os que são tratados nas aulas de Saúde Coletiva, o que os deixa mais seguros durante as aulas, como nesta situação:

A programação daquela aula era identificar os aspectos teóricos de análise de políticas de saúde e conhecer como se dá o ciclo da política. A professora havia solicitado a leitura de um texto na semana anterior, mas como esta era a primeira aula que ESC1 vinha, ela não sabia disto. Contudo, como relatado por ela, ESC1 já havia lido o livro que a professora usava ('Políticas e Sistema de Saúde no Brasil' de Lígia Giovanella), e já tinha um conhecimento prévio sobre o que a professora trataria no componente. [...] desde o momento em que entrou na sala, ESC1 demonstrou distração, utilizando o celular para mandar mensagens. Sua atenção apenas foi desviada quando a professora começou a discutir a política de Saúde Mental, comentando como os portadores de deficiência mental são tratados nos serviços de saúde. Isso levou ESC1 a trazer seu próprio conhecimento e experiências em relação ao assunto, de forma que, mais adiante, a professora buscou apoio dela em uma fala sua. Até o momento em que ESC1 falou poucas pessoas haviam interagido com a professora, mas parece que a fala dela animou outros alunos e muitos deles trouxeram suas opiniões, ficando a professora 'acompanhando' o debate sobre o tema. (EE1 seguindo ESC1)

293

Nas avaliações, diferente do que acontece nos cursos de Enfermagem e Medicina, nota-se pouco ou nenhum sofrimento expresso pelos estudantes. Há relatos de provas, seminários e atividades práticas, como análises de situação de saúde realizadas por toda a turma, construindo um documento único a partir de tarefas distribuídas entre os estudantes. Um exemplo da forma como as avaliações são conduzidas está no relato deste *shadowing*:

Achei maravilhosa a forma como ela lidou com a dificuldade de alguns alunos, por não ter conseguido achar algumas informações sobre parte do bairro; ela não brigou, não achou que foi incompetência deles. Apenas lhes ofereceu ajuda e passou alguns números de telefone, de pessoas com quem eles poderiam conseguir essas informações. E como se não bastasse, ainda disse que se isso também não desse certo eles, ela e os alunos, reorganizariam o trabalho. (EE2 seguindo ESC2)

Os temas trabalhados em sala de aula refletem o compromisso de produzir sujeitos hábeis para o trabalho, de forma a viabilizar o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). São elencados temas como: movimentos sociais; políticas de saúde; ciclo de uma política; análise de situação de saúde; comunicação em saúde, entre outros. Um dos estudantes trouxe em seus diários de campo uma tendência a optar pelo mestrado em Saúde Coletiva, ao invés de continuar na graduação, referindo que o BI Saúde havia dado uma base de conhecimentos e competências muito próxima ao perfil que se define no PPP da graduação em Saúde Coletiva. Ele apresentava uma demanda de estudos relacionada, em grande parte, ao seu cotidiano de trabalho na mobilização política e militância em um partido político. Com isso, comparecia regularmente apenas às aulas que despertavam seu interesse e que considerava úteis para o trabalho que desempenhava, de forma semelhante ao que fazia quando cursava o BI Saúde.

Nesse aspecto, ratifica-se que a maneira como os agentes do processo educativo se relacionam com o saber é determinante das práticas pedagógicas, a forma como as aulas se produzem determina a dinâmica de estudos dos discentes. Para os estudantes do curso de Saúde Coletiva, estudar é uma atividade instrumental para a compreensão de uma realidade social onde precisam atuar. Por outro lado, para os estudantes de Enfermagem e Medicina, cursos onde a tônica está na transmissão e memorização de informações, a carga horária para cada componente é rotulada como “opressiva” e não permite outro método de estudo que não seja decorar aquilo que precisam saber para realizar provas. EM2, por exemplo, refere o seguinte: *“Eu estou no terceiro semestre e ainda não encontrei estímulo pra estudar. O que a gente faz é decorar. Decora, decora, decora... porque é tanto conteúdo”*.

A atividade de estudar, nesses dois cursos, conforma o seguinte ritual: o docente envia seus slides por e-mail; alguns colegas, que podem ir à aula, gravam o áudio e enviam também por e-mail e, como a maior parte dos docentes não registra faltas, os discentes preferem estudar em casa com livros, animações ou vídeo-aulas disponíveis em sites, os slides da aula e a gravação da fala do professor. Caso o professor registre ausências, há um acordo entre os colegas de assinarem o nome dos ausentes nas listas de presença. Estudar em casa, afirmam, tem a vantagem de ser menos barulhento, não gastar tempo de deslocamento e, o que surge com frequência, eles não precisam enfrentar o calor nas salas de aula. Com isso, referem ironicamente que fazem cursos EAD (Educação à Distância) para responder provas. Um estudante de Enfermagem e outro de Medicina, como exemplo, afirmam o seguinte:

Acho uma perda de tempo ficar em algumas aulas teóricas, só vendo slide, slide, slides... Então prefiro ficar em casa estudando o assunto, do que ir pra sala de aula e não ter interação nenhuma com o professor. Por isso às vezes eu saio mais cedo. Porque já estudei o assunto. Ou então, eu nem vou pra aula teórica. (EM2)

Hoje o dia começou com a aula de Bioquímica, e esta seguiu sendo tão maçante (principalmente por causa do assunto, 'Biossíntese de ácidos graxos e triacilgliceróis') quanto vinha sendo. Por não vir entendendo direito os assuntos anteriores, foi difícil para mim apreender este também e tive, infelizmente, que deixar o aprendizado real para depois, quando fosse ouvir a aula que gravei. (EE1)

Dessa maneira, os componentes curriculares privilegiados quanto ao tempo e dedicação, nesses cursos, são os que utilizam métodos tradicionais como palestras e provas. Conforme exemplifica EM1: *“No dia seguinte havia uma atividade lúdica e em seguida teria uma avaliação, um caso clínico, que seria nossa prova. Com certeza, sempre, eles [os colegas] vão dar prioridade à prova. Eu também”*. (Informação verbal).

Esses aspectos dão forma à relação entre o estudante e o docente. Os estudantes afirmam que pouco confiam nos docentes da Escola de Enfermagem, descrevendo situações em que os docentes têm um discurso diferente daquilo que praticam no exercício da docência; por exemplo, quando o docente afirma que um conteúdo não será avaliado na prova, porém o conteúdo está presente na avaliação. Ou, ainda, quando afirmam que no hospital o estudante pode ficar tranquilo e contar com o apoio do professor, porém quando estão no hospital o professor mostra-se irritado com perguntas ou inseguranças e usam frases como: *“Você é a enfermeira da unidade. Dê conta”*. Ainda afirmam que alguns docentes não demonstram, nas práticas, as posturas que dizem esperar dos estudantes. Referem que dentro da Universidade há um discurso e na comunidade há uma atitude oposta, postura que comparam com a dos docentes do Instituto de Ciências da Saúde:

Com os professores do ICS ou é salgado ou é doce, é sete ou setenta. “Eu sou assim, e vou ser assim até o final. Não estou enganando vocês. Eu vou dar nota baixa mesmo, então estudem”. E ele faz isso mesmo. Ele não diz: “gente, a prova não vai ser difícil.” E, na hora, vai ser. Os professores de Enfermagem não, eles criam uma relação com a gente que a gente começa a acreditar e na hora acontece isso que aconteceu em Fundamentos. (EE1)

No curso de Medicina, a relação com os professores é apontada no PPP como modelo para a relação médico-paciente. Porém, os estudantes descrevem relações autoritárias e distantes, em que poucos professores conhecem os estudantes pelo nome ou desenvolvem uma relação de afeto. Em alguns casos, tipificam o professor como “relax” caso este se mostre mais compreensivo quanto às faltas ou à forma de estudar “EAD”, ou, ainda, faça uso frequente de humor em suas aulas. Em outros, quando o professor é muito severo quanto à presença ou avaliações, são apelidados de “ditadores”. O professor é, no geral, percebido como um sujeito distante física e afetivamente dos estudantes. Em um dos encontros para discussão de um dos diários de campo, a temática “relação com os docentes” surgiu e a seguinte fala foi feita:

296

A aula de Anatomia de Sistemas. É uma aula calada. A professora não permite esse espaço. Você entra e sai sem entender nada. Você vai entender em casa, nos livros. Mas, você não pergunta. Eles [os colegas] não têm essa coragem. Alguns até têm, mas não é todo mundo, não. Geralmente os professores que abraçam mais a turma permitem essa coisa. Essa professora tem uma postura muito de ditadora. A prova dela, a sua nota, o estresse que ela te passa... a prova prática: Você tem que encostar a prova no peito e olhar pra baixo. Você dê um jeito de escrever com a prancheta assim, porque se alguém estiver olhando pro lado e ela pensar que está rolando alguma pesca, ela toma as duas provas e zera. Até a forma de passar o assunto... eu não aprendo... (EM1).

Seguindo a lógica de ter nessa relação o modelo para a relação médico-paciente, o que emerge é um paciente-objeto para a educação. Algumas vezes, o estudante se mostra respeitoso ou sensibilizado diante do sujeito doente e, outras vezes, mostra-se indiferente ao aspecto humano que se apresenta a ele durante aulas. Como crítica a uma aula prática, EM2 faz o seguinte relato:

Eu até comentei, foi até engraçado. Eu tenho a impressão que os pacientes são cobaias, como se fossem um objeto. Aí um colega falou que eles são objetos mesmo, que se não tiver paciente, como é que a gente aprende? Eu falei “O problema não é como a gente aprende, é como se dá essa prática”. Muitos lá enxergam como um objeto do estudo. Um objeto mesmo, não é que é uma pessoa. Objeto-coisa. (EM2)

Já no curso de Saúde Coletiva, a relação com os professores é descrita como dialógica, as posições dos estudantes são levadas em consideração. Em situações onde os estudantes erram ou falham em determinada

tarifa, a repreensão não é usada de forma agressiva. São apresentados ao estudante outros caminhos para sua realização, ou, ainda, o docente se oferece para refazer a atividade junto com o estudante. As avaliações presentes nos relatos são discutidas entre professores e estudantes, de forma que consistem em acordos. As relações de poder tendiam à horizontalidade e sempre passavam por negociações e tentativas de convencimento por uma das partes. Como exemplo, em um dos diários de campo, o estudante relata o seguinte:

Essa matéria de Vigilância, com Professor H: Na outra semana não teve aula por causa da paralisação. Ou seja, mais conteúdo que tivemos de suprimir. Quando foi essa semana, a prova estava marcada para a próxima semana. E aí, com esses conteúdos que ele não deu? Aí ele chegou pra turma: “Olha, a gente está com um problema e precisamos resolver: tem muito conteúdo que ainda não foi dado. Ou a gente tira esse conteúdo da prova e mantém a data ou ele vai passar batido, ficar sem dar. O que vocês preferem?” O problema é que se mudasse a data, teríamos muitas outras provas na outra semana. Então todo mundo gostou de ficar nessa semana mesmo pra não chocar com as outras provas. Isso que vejo a diferença, de dialogar com o professor e não ficar só do jeito que o professor quer. (ESC2)

297

No BI Saúde, a relação que surge nas narrativas é principalmente com docentes alocados no IHAC, mais identificados com a proposta curricular dos Bacharelados Interdisciplinares, e excede a sala de aula em direção à convivência em projetos de pesquisa, extensão ou ACCS. A convivência direta desse grupo de estudantes com docentes comprometidos com o campo da Saúde Coletiva e com o fortalecimento do SUS também é um percurso, no currículo, de identificação com essas temáticas e que levaram a escolhas nessa direção, dentro das possibilidades oferecidas no curso e nos CPL, conforme se vê neste trecho:

Lembro que Professora W contava um pouco da sua história de vida, desde quando era menina e escrevia... das dificuldades que enfrentou na vida em relação às suas condições e sua família, do estudo da música que havia iniciado, dentre outros aspectos, percorrendo a sua formação em medicina, especialização em psiquiatria e entrando no campo da Saúde Coletiva. Até então, eu não conhecia bem a Saúde Coletiva. Ouvindo seu relato relacionei com alguns aspectos que me chamaram atenção no estudo da concepção de saúde, da formação do SUS, da participação popular, assuntos que eu havia estudado em matérias anteriores e me atraíram, fiquei muito atida pela Saúde Coletiva. À medida que eu ia conhecendo, me encantava

e me identificava mais com o curso, ficando mais claro pra mim qual a área de concentração eu deveria escolher. Foi a partir daí que não tive mais dúvidas não só da área de concentração a ser estudada, como do curso de progressão linear a percorrer. A Medicina, embora eu achasse muito bonita e trouxesse vantagens financeiras e sociais, não era uma paixão pra mim. Percebi isso ao conhecer o campo da Saúde Coletiva e me apaixonar por ele. (ESC2)

Alguns docentes de outras unidades, porém, assumiam o papel de críticos do BI Saúde e, como havia uma identidade forte dos estudantes com o curso, também eram alvo das críticas e questionamentos. Nesse grupo de estudantes, todavia, isso não é marcante, aparecendo em poucos dos relatos, sempre acompanhados de uma minimização do seu efeito no cotidiano, conforme pode ser percebido a seguir:

As únicas disciplinas que tive algum desconforto por ser do BI foram: Polêmicas Contemporâneas, com o Professor P, e Bioquímica Médica I. A primeira porque o professor era, por princípio, contra o projeto da Universidade Nova e os BI's e em sala promoveu debates sobre nosso curso – o que possibilitou a discussão, logo não foi um espaço de todo hostil. Já o segundo, foi pelo encontro com o curso que mais se distanciava do projeto dos BI's – Medicina – e que politicamente também fazia questão de reproduzir diversos preconceitos – mas como essa disciplina é de primeiro semestre, pudemos trabalhar com os colegas e com os professores da disciplina suas opiniões, através do bom desempenho acadêmico. (EM2)

As atividades do tipo ACCS, projetos de extensão e de pesquisa são os espaços em que há maior vinculação destes estudantes e que emergem nos discursos como influências importantes na aproximação com o Sistema Único de Saúde e o conhecimento do processo sócio-histórico que o concebeu, apontando para a relação entre docente e discente como potente influenciador do percurso no currículo do curso. A seguir, alguns trechos que ratificam essa percepção:

A primeira foi o Estágio de Vivência no SUS – da EESP – que participei no segundo semestre. Uma experiência fantástica que me fez ter certeza que queria trabalhar na saúde pública. Fui para Barreiras, onde o sistema de saúde tem o mínimo de estrutura, e ainda não consegue fazer com que os usuários se entendam como parte da construção e dos processos de saúde-doença-cuidado. Isso me deixou muito angustiada, pois o SUS era a mera reprodução do sistema particular, “medicalocêntrico” e nada libertador e a perspectiva de atuar

num espaço como esse era muito ruim. A única via que eu conseguia pensar para ajudar era na gestão e no fortalecimento do controle social e isso me fez refletir muito sobre meu papel enquanto estudante em formação e sobre meu rumo acadêmico. (ESC1)

A variedade de opções acerca do que estudar é uma característica louvada pelos estudantes nos relatos sobre sua experiência no BI Saúde. Componentes com conteúdos que parecem distantes para um estudante de saúde, como políticas culturais ou nanotecnologia, são evocados com orgulho. Os textos produzidos sobre esse curso têm uma identidade diversa dos outros cursos analisados em razão do caráter quase militante que empregam nas descrições de suas trajetórias, afirmando o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde como uma possibilidade de romper com a educação tradicional e de permitir experimentações, das mais diversas, dentro da Universidade.

Há um discurso sobre o diferencial dos BI, de permitir uma escolha mais consciente da carreira profissional, rompendo com a entrada traumática nas profissões universitárias, de constituir um projeto de transformação da arquitetura acadêmica e, finalmente, de ser uma experiência de inserção nas culturas da universidade, de forma amplamente autônoma e livre. Como esses estudantes estavam nas primeiras turmas, é evidente sua participação na organização desse curso, tanto institucional, no que diz respeito aos processos de decisão dentro de órgãos de gestão, quanto politicamente, na defesa do BI Saúde em diversos espaços da universidade:

Desde o primeiro semestre, me identifiquei muito com as questões políticas e pedagógicas do IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. Juntamente com outros colegas, percebemos a necessidade de criar um Centro Acadêmico do BI Saúde, para que pudéssemos ter legitimidade em diferentes espaços deliberativos. O CABIS – Centro Acadêmico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – foi criado ainda no primeiro semestre do curso, do qual eu fiz parte durante os três anos da minha formação. (EM2)

A luta pela abertura de disciplinas para nossos alunos e alunas, a busca por professores para orientar pesquisas, extensões e ACC's, o chamado aos diretores e coordenadores de curso para construir junto ao IHAC possibilidades de áreas de concentração... Foi tudo muito intenso e ricamente vivido e tudo isso foi uma escolha do dia-a-dia que fiz durante todo o meu curso. [...] Foi muito nesse processo que entrei no DCE já no terceiro semestre e depois minha chapa se reelegeu, no último semestre [...]. (ESC1).

Esse envolvimento na produção do currículo é radicalmente diferente no curso de Medicina. A distribuição dos componentes curriculares no semestre não é entendida pelos estudantes. A estratégia de realizar a matrícula, organizando módulos à parte do Sistema Acadêmico (SIAC) da universidade, estratégia do colegiado do curso na produção do currículo oculto, parece não ser compreendida pelos estudantes e nem pelos docentes de alguns componentes. Nas palavras de EM2:

Matérias do terceiro [semestre] desceram pro segundo, por fora do SIAC, e isso é proibido. Inclusive tem matérias que a gente está sendo matriculado fora do sistema acadêmico. Porque o SIAC só permite 600 horas, a carga horária do semestre. Acima disso, ele proíbe. E a gente está muito além dessa carga horária, com matrícula por fora do SIAC, a gente está matriculado no colegiado em Anatomia de sistemas que é no terceiro, a gente não recebe nota. No terceiro volta essa matéria, o segundo módulo. Outra é fisiologia médica, que é do terceiro que vai começar agora essa semana pra terminar semana que vem... e volta no terceiro. Não existe integração modular.

300

Os estudantes de Medicina não se reconhecem no currículo. Suas sugestões de mudança, em sua percepção, não têm efeito algum. Relatam que, conversando com outros estudantes e comparando percepções de currículos entre estudantes de épocas diferentes, também não percebem nenhuma mudança. Um dos participantes narra sua constatação, após realizar um trabalho acadêmico em que entrevistou uma médica egressa da Faculdade de Medicina:

A gente teve Medicina Social e Clínica I, e a gente tinha que entrevistar um médico com até dez anos de formado. Eu entrevistei uma amiga de um amigo meu. Ela, contando a experiência dela aqui na Universidade, a mesma grade, idêntico! [...] No início ela queria era ser uma grande médica, aquela pompa né?! Mas hoje não. Ela disse: "Hoje eu faço balé, faço isso, faço aquilo". [...] Mas ela contou, em relação ao curso, que nos dois primeiros anos ela foi massacrada, ela entrou em depressão por conta da forma que ela era cobrada e a forma como ela era imatura pra lidar com isso. Ela é muito jovem. Inclusive, no internato, ela teve outro período de crise de depressão. Não tem ninguém que seja capaz de dialogar. A gente tentou, a gente participou da discussão do currículo novo e nada mudou. Eles continuam fazendo do jeito que eles acham que podem fazer. Na minha visão não houve uma reforma curricular... a integração das disciplinas não existe. Como é que você cursa metade de uma matéria do semestre que vem, nesse semestre? (EM1)

A questão que empana, no discurso dos estudantes, a defesa quase militante à proposta curricular dos Bacharelados Interdisciplinares foi o desejo de cursar Medicina após a graduação no BI Saúde. Como foi uma opção muito frequente entre os seus colegas, a concorrência entre eles se evidenciou nas relações. No último ano do curso, com a decisão de que o coeficiente de rendimento seria o fator de escolha na seleção de ingresso aos CPL, a disputa por notas altas torna-se o esteio sobre o qual caminham dentro do currículo. Alguns relatos são interessantes, nesse sentido:

A disputa pelas vagas se tornou mais acirrada e, assim, uma “guerra fria” entre os alunos se estabeleceu, era “um leão comendo o outro” e, até entre amigos, rixas surgiram. Às vezes, até mesmo os professores ficavam incomodados com a disputa que se estabeleceu entre os alunos, pois buscávamos apenas a nota dez e menos que isso não nos satisfazia, o que dava uma impressão (às vezes correta) de que não aproveitávamos o aprendizado que estava sendo passado, apenas preocupando-nos com o resultado quantitativo dos componentes. (EE1)

301

Eu mal frequentava as aulas, faltei todas as vezes que pude, contabilizei minhas faltas apenas para não perder nas disciplinas. Pensei novamente em desistir, mas a minha vontade de passar por mais este desafio foi mais forte. Descobri um lado muito ruim das pessoas, na verdade não sabia em quem confiar. As pessoas não se importavam mais com os problemas dos outros, em ajudar uns aos outros, como era no início do curso. Não pensávamos mais em cursar disciplinas juntos, mas sim em conseguir a vaga para preencher nossa carga horária, sem pensar se o colega também conseguiu. Houve casos de amigos mentirem um pro outro a respeito de provas e notas de algumas disciplinas, para que o colega não tirasse uma nota boa e passasse à frente no escalonamento. Enfim, ficávamos horas e horas fazendo listas para tentar saber quem seriam os trinta e dois estudantes que passariam para medicina e se, desses, a segunda opção seria o curso de enfermagem. Toda conversa que tínhamos era sobre isso, todo lugar que íamos juntos falávamos disso e assim foi até o dia da formatura, inscrição no CPL e, por fim, no dia do resultado, quando de fato nos foram revelados os trinta e dois. (EE2)

Mesmo a relação com os docentes foi percebida como conflituosa, devido à insatisfação que os estudantes expressam ao ter notas que consideram baixas. A nota 10 era a única aceitável na disputa por uma das 32 vagas no curso de Medicina, como confirma este trecho:

Os professores das unidades que nos ofertavam disciplinas tomaram pavor de nos dar aula. Alegavam que éramos bons alunos, tirávamos boas notas, mas que estas nunca eram suficientes. Pois, só queríamos tirar nota dez. (EE2)

Ainda assim, encerram as descrições dos três anos no BI Saúde com textos emocionados sobre a transformação pessoal que experimentaram durante o curso:

[...] ao final do curso eu havia mudado, eu não era mais a mesma pessoa, havia mudado, amadurecido. O BI me permitiu evoluir muito, principalmente acostumando-me a ter o hábito de pensar criticamente, a avaliar todas as variáveis referentes a qualquer assunto pelo qual eu me interesse, sem aceitar sem perguntar o que dizem. Nesse período, aprendi a questionar, a duvidar, a criticar, a ser uma profissional e também uma pessoa mais consciente do que acontece ao meu redor. (EE1)

Não saímos do BI os mesmos estudantes que entram diretamente pelos CPL. O BI não é só mais um curso, somos agentes para que a Universidade se questione. (ESC1)

Esse modelo predominante de educação universitária, conforme exposto até aqui, acaba por determinar um dado perfil de estudantes também afeitos a um papel passivo na estrutura educacional. O estudante permanece ainda hoje no lugar de objeto do processo de produção dos profissionais de saúde, tendendo a permanecer nesse lugar também nos serviços de saúde onde atuam profissionalmente, evidenciando uma contradição entre as práticas universitárias desenhadas no PPP e aquelas descritas pelos estudantes que participaram do estudo. Nas primeiras, o perfil profissional objetivado é coerente com os desafios propostos no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, porém o currículo oculto reproduz uma postura subordinada aos interesses do mercado, com manutenção da hegemonia política e cultural sobre as camadas mais pobres da população.

O QUE DIZEM OS DOCENTES SOBRE A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES?

Nas entrevistas com os docentes do curso de Medicina, há uma ratificação da percepção dos estudantes, como visto a seguir:

Eu acho que estar professor ou ser professor não é pra qualquer pessoa. Digo isso com a maior tranquilidade, porque a primeira coisa que pra mim tem que haver é o sentimento de amor a essa causa pra você se entregar a ela. Não discordo de nada que os meninos disseram aí, porque isso a gente escuta aqui também. Eu sou um observatório, porque eu recebo e-mails deles, vários, inclusive alguns professores me fazem essa crítica. Dizem que eu dou muito ouvido (...). Eles mandam e-mail pra mim e eu respondo. [...] Eu acho que isso tem a ver com a formação do docente, o que pra mim ainda é um ponto muito crítico. A postura do professor como mediador dum processo de ensino e aprendizagem tem que ser outra. (DM2)

No entanto, salientam o reforço que os estudantes produzem às condutas criticadas, como exemplifica DM2: “[...] eu vejo inovações que algumas áreas têm feito aqui que o estudante banaliza, como se aquilo não fosse importante.”. Por outro lado, evidenciam que o estudante que “pensa diferente” e que é “mais maduro” é apontado como zelador da proposta de transformação curricular, conforme o exemplo a seguir:

303

Você ter um professor que vai pra beira de um paciente, como foi esse caso, discutir questões relacionadas àquelas patologias que estavam discutindo, com alunos de sétimo e oitavo semestre, e a postura que o professor teve... Realmente! Aí um aluno que já é um pouco mais antenado, que já tem outra formação, faz outras leituras, que discorda... Ele tá no direito dele. E aquele professor jamais poderia ter tido uma atitude como a que teve. Ainda bem que tem alunos que pensam diferente, pra trazer o problema. (DM2)

As docentes entrevistadas no curso de Enfermagem, no entanto, divergem quanto à percepção dos estudantes. Uma delas afirma que desconhece os aspectos discordantes do PPP e que, no cotidiano da Escola, não chega ao seu conhecimento nada parecido com esses relatos. Em suas palavras:

Não. Quando reclamam, reclamam do professor que marcou aula e não veio; reclamam que a professora está doente há vários dias, em um componente que tem dois professores e uma turma está adiantada e a outra não fez nada ainda e nada foi feito a respeito, ninguém tomou providência. Não em relação a isso que o professor tem essa postura de distância. (DE2)

A segunda dirigente entrevistada, por outro lado, aponta que na última avaliação do currículo, realizada na Escola de Enfermagem, há uma concordância com a percepção dos estudantes, relatada pelo pesquisador.

Diante disso, discorre novamente sobre a responsabilidade dos docentes na operação do currículo, salientando que os principais determinantes do currículo oculto, incorporados na prática docente, são:

a) Os modos como a sociedade compreende saúde:

(...) é muito difícil você mudar algo que historicamente dado, se até hoje a gente não consegue mudar a concepção de saúde, na cabeça nem da população, porque se você for perguntar o que elas querem elas querem médicos, elas querem consulta, elas querem remédio e o Ministério reforça, bota Mais Médicos, todo mundo quer serviços de saúde. Pergunte que ferramentas a gente tem conseguido desenvolver pra trabalhar promoção [da saúde]... A promoção podia ser uma arena, por excelência, pra enfermeiro, poderia ser, porque ninguém quer a promoção. A cura e o tratamento já tem muita disputa, mas este pedaço de cá não tem disputa, e o profissional que cuida da saúde podia ter isso, mas que ferramentas nós temos? A gente não discute isso, a gente não tem isso. Aí é a promoção... no máximo, ela chega na educação, como se promoção fosse apenas a educação e olhe que a gente já dá graças a Deus que a educação aqui vem sendo discutida de uma forma bem mais crítica, que é a Educação em Saúde, uma coisa bem mais ampla, mas não é nem essa, às vezes, a concepção de Educação em Saúde é a transmissão de informação, é normatizar a vida das pessoas, é dizer “faça isso, faça aquilo, isso é certo, isso é errado”. (DE1)

b) Maneiras como os professores foram formados em suas graduações:

Primeiro, o currículo quem faz são as pessoas que estão lá, mudanças não se imprimem assim tão facilmente. As pessoas foram formadas dentro de um currículo que privilegia o cuidado, que é conteudista, que é de transmissão, quer dizer, a formação destes docentes, os mais antigos foram formados assim. [...] nossos Encontros Pedagógicos, a gente tem que mobilizar pra poder vir, pra poder começar a discutir [...] As pessoas, por exemplo, da área de cuidado individual, foram formadas na concepção hospitalocêntrica, com aquele padrão de enfermeira e na sua formação, na sua prática cotidiana não tem os espaços de discussão, do que é mesmo a saúde coletiva, do que é a saúde da população, do que é integralidade da atenção. Então, assim, é muito difícil, ... e a gente decidiu botar o currículo pra começar, mesmo tendo a clareza que não tem todo mundo com a formação pedagógica, com a disposição, com a motivação, com a compreensão deste currículo. (DE1)

c) A indiferença ao PPP diante da perspectiva da aposentadoria:

Tem gente aqui que diz: “eu tô de saída, tô indo embora, não quero mais ficar preocupado.”, você não consegue ter o compromisso de todo mundo, o mesmo compromisso, a abertura da discussão, então, assim, é difícil as pessoas saírem do seu lugar de conforto, quer dizer, assim, “eu sempre dei aula, com transparência, era conteúdo, era prova”, então, assim, pensar em outra coisa foge totalmente do controle das pessoas e, sobretudo, essas pessoas não tiveram formação nem têm o suporte, porque toda essa batalha aqui, como é que a gente pode ajudar, como é que a gente pode contribuir, por isso a gente mudou a estrutura da Escola, forma a Coordenação Acadêmica, bota o Núcleo não sei quê lá, faz Encontros Pedagógicos, tem o NDE, é toda uma tentativa de que o quanto a gente pode contribuir, mobilizar e motivar esses docentes, porque a gente não tem nem sanção, nem benefício pra quem muda. (DE1)

305

No curso de Saúde Coletiva, há um incômodo pela proximidade entre o PPP e a percepção do currículo pelos discentes. O projeto, na realidade, é de que o PPP fosse um documento para oficializar o curso diante das limitações burocráticas impostas pela universidade. O currículo que se dá na prática das relações deveria diferir quanto ao formato das aulas e quanto às relações entre os componentes curriculares. Diante disso, apresenta-se esta fala de um dos dirigentes:

Agora, não me espanta isso que você está dizendo. O grupo de professores tende a se prender ao que foi formatado originalmente, talvez por inércia, porque é mais fácil, talvez porque estão preocupados em assegurar a importância das suas respectivas áreas, a chamada questão corporativa, em certo sentido, e depois porque não temos feito um processo de reflexão mais continuada a respeito da formação. Por outro lado, considero que há limitações de carga horária, limitações de infraestrutura, de número de salas, de laboratórios. [...] Tem outro componente aí que é a expectativa do aluno. Quem é esse aluno? De onde ele vem? A que formação ele foi exposto? Foi exposto a uma formação tradicional de primeiro e segundo grau, com professores despreparados, no mais das vezes, para fazer qualquer processo criativo, mais inovador; e ele também tem a expectativa que o professor “dê aula” [risos], porque ele vem de uma escola assim... ele também precisaria ser recondicionado, reformado, nesse sentido. [...] Mas é curioso. A todo o momento a gente ouve coisas desse tipo, como você falou. Por que aqui é diferente? Então eu acho que o Instituto de Saúde Coletiva, pelo fato da gente ter um curso com um modelo mais tradicional, diante das dificuldades que enfrentamos pelo

menos para começar a fazê-lo... a despeito disso, quando você assiste uma aula, eu tenho certeza de qualquer professor do ISC demonstra um nível de diálogo, de interação, completamente diferenciado em relação a qualquer outro curso da Universidade. [...] Eu acho que o ISC cultiva esses valores, e isso termina sendo passado de um pra outro, de um colega pra outro, e os alunos gostam. (DSC1)

306

Fica evidenciado, nesse curso, o desejo por avançar no projeto do PPP, de realizar um currículo modular, integrado, que efetivamente estimule o discente a estudar, mesmo se trabalha durante o dia. O desejo desses docentes, atores curriculantes, é de romper com o currículo enquanto artefato documental e produzir uma prática mais avançada e afeita à transformação. Já no BI Saúde, os docentes afirmam-se divididos entre a motivação que conseguem, ao intervir no percurso de estudantes mais próximos, como os monitores e os bolsistas de pesquisa e extensão; e entre a desesperança com a totalidade do curso, quando enfrentam as limitações impostas pelas estruturas de governo e sistemas administrativos da universidade, como neste trecho:

Às vezes me sinto assim, (...) o aluno já se formou, mas entra no BI de novo porque não foi pra Medicina, aí tenho que fazer aqueles processos burros, sabe?! Essa parte da administração é muito arcaica, não é inteligente. Eu me sinto muito mal e isso me faz ficar muito desesperançada. [...] Quando a PROGRAD diz que a gente não faz o que a gente faz muito. Porque a gente trabalha muito pra fazer, e diz que o problema é nosso, não é do Sistema que não funciona... Essas coisas pegam muito, nos enfraquece. A gente acaba colocando pro lado a coisa que devia ser a coisa mais importante. (DBIS2)

O mais importante, segundo essa entrevista, é que os docentes compreendam e assumam o PPP e a “razão de ser dos BI”, referindo-se aos princípios que redundaram na criação dos bacharelados interdisciplinares, o que não é possível diante do excesso de trabalho que têm no cotidiano da universidade. No entanto, há uma perspectiva otimista entre os entrevistados quanto ao potencial de mudança que os novos currículos trazem, quando afirmam que, apesar dos obstáculos e das permanências consolidadas, o currículo atual é muito melhor do que os anteriores.

A tendência dos currículos à permanência no *status quo* concorda com a afirmação de Garcia (1989) de que as contradições reproduzidas na sociedade capitalista pela educação podem ser reduzidas e aliviadas, porém dificilmente serão eliminadas no todo. Os movimentos de contra-poder avançam de forma lenta no contexto universitário, permanecendo determinados

pelo modelo de universidade desenhado para privilegiar a classe hegemônica brasileira, conforme proposto por Almeida Filho (2012) sobre o ciclo de reprodução das desigualdades sociais na educação superior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo levanta a hipótese de que a estrutura curricular predominante nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia constitui importante obstáculo para a transformação, atuando no sentido de inviabilizar as tentativas de inovação ou criação de propostas que se pretendam contra-hegemônicas nos cursos de saúde. Nestes, a síntese das disputas pelo arbitrário cultural acaba por produzir currículos, pensando mais especificamente no currículo oculto, de permanência em processos e relações educativas muito semelhantes aos que existiam antes das propostas de mudança. O avanço no uso de tecnologias de educação, que trazem o objetivo explícito de conduzir os estudantes a se tornarem agentes de seu processo educativo, conscientes das determinações estruturais da realidade de saúde e munidos com recursos para a transformação da realidade, não logra resultados de monta diante de organizações e estruturas sobre-determinadas por interesses de classe. A atuação dos agentes do processo educativo permanece orgânica à ideologia capitalista e, na relação de forças, os grupos com identidade militante, comprometidos com a transformação, não conseguem recursos de poder suficientes para produzir resultados que sejam perceptíveis aos estudantes, afiliados de forma mais prevalente ao modelo de educação em que são objetos do processo de produção de médicos, enfermeiras, sanitaristas e bacharéis em saúde.

A transformação de práticas educativas, na origem pouco comprometidas com as necessidades sociais, é tímida. A vantagem na disputa por recursos de poder e determinação de um arbitrário cultural dentro da Universidade mantém-se entre os grupos elitistas e conservadores. Porém, os docentes entrevistados são otimistas em relação às possibilidades de mudança. Concordariam com Castells (2013), quando este afirma que o ganho real de um movimento, como a RSB, não se encontra em conseguir que a imagem societal desejada seja completamente implantada, mas sim na intervenção na cultura e na reflexão que provoca na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. M. Breaking a vicious cycle of social exclusion. *Revista Harvard Review of Latin America*, Cambridge, v. 12, p. 60-64, 2012. Disponível em: <<http://revista.drclas.harvard.edu/book/breaking-vicious-cycle-social-exclusion>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 10. ed. Joinville: Ed. UNIVILLE, 2012.

CASTELLS, M. *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2013.

COULON, A. *La etnometodologia*. 3. ed. Madrid: Catedra, 2005.

GARCIA, J. C. As Ciências Sociais em Medicina. In: NUNES, E. D. (Org.). *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 51-99.

MACEDO, R. S. *Atos de currículo e autonomia pedagógica: o socioconstrucionismo curricular em perspectiva*. Petrópolis: Vozes, 2013.

MACEDO, R. S. *Currículo: campo, conceito e pesquisa*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, A. F. B. A recente produção científica sobre currículo e multiculturalismo no Brasil (1995-2000): avanços, desafios e tensões. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 65-81, set./dez. 2001.

SILVA, T. T. da. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Miranda Pimentel

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU/UFBA). Suas pesquisas versam sobre práticas culturais, juventudes, comunidades tradicionais e formação no ensino superior. Coordenadora pesquisa “Juventudes e sustentabilidade na Reserva Extrativista do Iguape”.

Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco

Fisioterapeuta, Bacharel Interdisciplinar em Saúde e graduando de Medicina pela UFBA. Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade), atuou na Atividade Permanente de Extensão AIDS – Educar para Desmitificar no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos – IHAC/UFBA.

Carmen Fontes Teixeira

Médica. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Professora titular do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Professora do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Docente do programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA. Membro do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida (IHAC/UFBA) e do Diretório de pesquisas em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (ISC-UFBA). Coordenadora do BI Saúde de 2008 a 2011. Coordenadora do centro de Documentação do Observatório de Análise Política em Saúde www.analisepoliticaemsaude.org.

310

Cássio Hideaki Watanabe Matos

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC-UFBA) e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMED-UFBA).

Claudia Gonçalves Marinho Fernandes Rolim

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), atuando no atendimento psicológico individual na Centralpsi, sob a abordagem Humanista Fenomenológica-existencial. Bacharel Interdisciplinar em Humanidades, com ênfase em Subjetividades e Comportamento Humano pela UFBA. Pós-graduanda em doenças crônicas não transmissíveis, ciclo de vida e envelhecimento, pelo Instituto de Saúde Coletiva-UFBA. Em formação como coordenadora de Grupos Operativos pelo Núcleo de Psicologia Social da Bahia. Extensão concluída em Orientação Profissional e Avaliação Psicológica – UFBA. Foi bolsista de iniciação científica na pesquisa “Narrativas biográficas de mães que perderam filhos jovens em circunstâncias violentas na cidade de Salvador-Ba”. Atuou como pesquisadora PIBIC em “Construção de indicadores qualitativos de Precarização e Resistência no Trabalho Docente nas Universidades Federais”.

Cristina Araripe Fernandes

Bacharel em Humanidades pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Mestranda em Literatura e Cultura, pelo Programa de Pós-Graduação em Literatura e Cultura da Universidade Federal da Bahia (PPGLitCult/

UFBA). Graduanda em Língua Estrangeira (Língua e Literatura Alemã (ILUFBA/UFBA).

Daniele Machado Pereira Rocha

Bacharela em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade (PPGEISU). Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foi Bolsista PIBIC – CNPq e é participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade).

Denise Coutinho

Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, atualmente cedida à Universidade Federal do Sul da Bahia. Doutora em Letras pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo realizado Doutorado-Sanduíche em Princeton University-EUA. Graduada em Psicologia, tem formação em Psicanálise. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Artes Cênicas e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ambos da UFBA. Coordena, com Naomar de Almeida Filho, o Grupo de Pesquisas Estudos sobre a Universidade, cadastrado no CNPq.

Everson Meireles

Doutor em Psicologia (área de concentração: Avaliação Psicológica) pela Universidade São Francisco. Mestre em Psicologia (área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho) pela Universidade de Brasília. Graduado em Psicologia (Bacharel e Psicólogo) também pela Universidade de Brasília. É professor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e membro fundador do Laboratório de Instrumentação e Avaliação Psicológica (LABIAP/UFRB). Foi Coordenador Geral da Comissão Própria de Avaliação - CPA/UFRB (2010-2012). Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão no campo da avaliação de indivíduos, grupos e instituições, com ênfase em Avaliação Psicológica, Psicométrie, Construção e Validação de Testes Psicológicos, Seleção de Pessoal, Psicologia Social e Comportamento do Consumidor.

George Amaral Santos

Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente assistente na Escola de Enfermagem da UFBA e membro do *Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva*.

Gleice Kelly Santos Almeida

Bacharel em Saúde e graduanda em Fisioterapia pela UFBA. Durante a graduação do Bacharelado Interdisciplinar, foi Bolsista de Iniciação à Extensão pelo PROGRAMA PIBIEX – UFBA.

312

Jackeline Kruschewsky Duarte Raphael

Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade da UFBA. Participante do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). Especialista em Docência do Ensino Superior - FTC e Teoria da Clínica Psicanalítica da UFBA. Coordenadora do Curso de Psicologia da FTC e Docente do ensino superior.

Luciana Alaíde Alves Santana

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia e mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente cursa doutorado em Ciências da Educação – área de concentração: Sociologia da Educação, no Instituto de Educação da Universidade do Minho em Portugal. Ocupou cargo de coordenadora do colegiado do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Chefe de Gabinete do Reitor e Pró-Reitora de Graduação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Tem experiência de pesquisa na área de Nutrição, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: política de alimentação, nutrição, integralidade, segurança alimentar e nutricional. Na área de educação desenvolve estudos sobre sucesso/insucesso de estudantes universitários, formação em ciclos no ensino superior e organização curricular integrada dos Bacharelados Interdisciplinares.

Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Psicólogo. Mestre em Saúde Comunitária. Doutor em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Coordenador acadêmico do IHAC 2011-2012. Docente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC – UFBA e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFBA. Membro do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e do grupo de pesquisa NEPAD I (Núcleo de Ensino e Pesquisa em AIDS e Outras Doenças Infecciosas), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente de diversos componentes curriculares do BI Saúde, dentre eles Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde do BI Saúde (2010-2011).

313

Marcelo Nunes Dourado Rocha

Odontólogo. Mestre em Saúde Comunitária pelo PPGSC-ISC-UFBA, Doutor em Saúde Coletiva pelo PPGSC-ISC-UFBA. Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU-IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade).

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Psicóloga, mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA), do Mestrado em Saúde Coletiva e da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental (ISC-UFBA). Coordenadora do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e membro de outros grupos. Vice-coordenadora do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (2009-2011). Coordenadora dos componentes curriculares Introdução ao Campo da Saúde e Campo da Saúde: Saberes e Práticas (2009-2011).

Mércia Gomes Dórea

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduanda de Medicina pela UFBA.

Micheli Dantas Soares

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Atua principalmente no campo das ciências sociais em saúde, com as seguintes temáticas: alimentação e cultura e segurança alimentar e nutricional.

314

Milson dos Anjos Batista

Doutor pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP) e Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tem formação em Ecologia de Populações e Comunidades. Estuda os efeitos da fragmentação e da perda de habitats sobre a biota, especialmente, na caatinga e Mata Atlântica. Ex-diretor de Biodiversidade do Estado da Bahia, atuou na gestão de programas e projetos, na formulação de políticas públicas voltadas para a promoção de desenvolvimento sustentável e conservação da biodiversidade. Atualmente é docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), onde desenvolve pesquisas sobre o uso dos Recursos Naturais, Unidades de Conservação e Populações tradicionais.

Naomar de Almeida Filho

Médico, mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill. Prof. Titular de Epidemiologia no Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Pesquisador 1A - CNPq. Foi Reitor da UFBA, no período 2002-2010. Atualmente é Reitor pro tempore da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA. Doutor Honoris Causa McGill University, Canadá. Coordena, com Denise Coutinho, o Grupo de Pesquisas Estudos sobre a Universidade, cadastrado no CNPq.

Rebeca Ayres Ferreira Gusmão de Souza

Bacharel em Humanidades e graduanda de Psicologia pela UFBA. Atuou como bolsista de iniciação científica na pesquisa “Narrativas biográficas de mães que perderam filhos jovens em circunstâncias violentas na cidade de Salvador”. Atua na área de recrutamento e seleção no serviço de Psicologia do SINEBAHIA.

Roberval Passos de Oliveira

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialização em Saúde do Trabalhador, mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Atualmente é Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Ocupou cargo de coordenador do colegiado do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Coordena o grupo de pesquisa SORT (Saúde, Organizações e Trabalho). Tem experiência nas áreas de Psicologia Organizacional e do Trabalho e Saúde Coletiva, com ênfase em Trabalho e Formação em Saúde do Trabalhador.

315

Sergio Augusto Franco Fernandes

Doutor em Filosofia (UNICAMP), professor adjunto do CAHL/UFRB, membro do Colégio de Psicanálise da Bahia, membro do GT Filosofia e Psicanálise (ANPOF), professor participante do PPGEISU (IHAC/UFBA).

Tâmila Pires da Silva

Bacharel Interdisciplinar em Saúde e graduanda de Medicina pela UFBA. Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade), atuou na Atividade Permanente de Extensão AIDS – Educar para Desmitificar no IHAC/UFBA.

Uelma Cristiane Silva Leite

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Católica do Salvador (2010). Bacharel em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2014). Atuou como aluna-monitora dos componentes curriculares “Neurologia Aplicada à Fisioterapia”, “Introdução ao Campo da Saúde”, “Campo da Saúde: Saberes e Práticas”, e como participante das pesquisas “Loucura

e Maternidade” e “Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: Concepções e Práticas de Saúde e Doença”. Atualmente é graduanda de Medicina pela UFBA.

Vanessa Prado dos Santos

Possui Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Mestre e doutora em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) no IHAC/UFBA. Atualmente é coordenadora do colegiado do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA.

316

Vânia Sampaio Alves

Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, especialização em Educação a Distância pela Universidade de Brasília, mestrado em Saúde Comunitária e doutorado em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), área de concentração Ciências Sociais em Saúde. Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde, estratégia de saúde da família, humanização das práticas de saúde, política de saúde mental/ álcool e outras drogas, redução de danos.

Verônica de Lima Vidal Mota

Assistente Social e mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pela UFBA.

Vlândia Jamile dos Santos Jucá

Psicóloga formada pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Comunicação e Cultura Contemporânea. Doutora em Saúde Coletiva pelo ISC-UFBA. Membro dos grupos de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM) e do SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade). Professora adjunta do

Instituto de Psicologia (IPS-UFBA). Foi docente e vice-coordenadora do BI Saúde (2011 -2012). Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão no campo da saúde mental.

Willy Vinícius Lacerda Lopes

Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC-UFBA) e graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFBA (FAMED-UFBA). Foi Bolsista PIBIC – CNPq.

Este livro foi produzido em formato 170 x 250 mm e utiliza as tipografias Corporative Sans Rounded e Tiempos Text, com miolo impresso na Edufba, em papel Alta Alvura 75g/m² e capa em Cartão Supremo 300g/m², impressa na Cian Gráfica.

Tiragem: 400 exemplares.