

Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos.

Graduating in Public Health and the construction of practical scenarios.

Pregrado em Salud Colectiva y el proceso de construcción de escenarios prácticos.

Neide Emy Kurokawa Silva¹
Miriam Ventura²
Jaqueline Ferreira

não deve se limitar ao âmbito das instituições de ensino, mas deve contar com outros atores e instâncias, incluindo-se, sobretudo, os próprios discentes e profissionais de saúde.

RESUMO

O ensaio busca problematizar a noção de campos de estágio para a formação do sanitarista, tendo como objetivo compreender as possibilidades e limites para o desenvolvimento de competências atinentes a uma práxis de Saúde Coletiva, em nível de graduação. Além de obstáculos operacionais, ressalta-se a importância de debater o sentido de prática ou de campo prático na formação em Saúde Coletiva. Mais que identificar um campo, o desafio é o de construir espaços e metodologias que propiciem o exercício da observação, da reflexão e da crítica, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde. Essa construção

Descritores: Saúde Coletiva, Educação Superior, Ensino, Prática de Saúde Pública

ABSTRACT

This essay will discuss the fields of internship of a sanitarist at graduation level, with the objective of comprehending the possibilities and limits for the development of the required competencies to exercise Public Health. In addition to operational obstacles, it is important to debate the practical experiences throughout the graduation period in Public Health. More than identifying a specific field of work, the challenge is to build spaces and methodologies that will lead to the exercise of observation, reflection and criticism aiming to improve and consolidate the SUS (Brazilian Public Health System). This development process should not be limited to the educational

1 Professora Adjunta da Área de Ciências Sociais e Humanas do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da UFRJ.

2 Doutorado em Saúde Pública. Trabalha na Universidade Federal do Rio de Janeiro

system, but also, and more so, to the students and health professionals themselves.

Keywords: Public Health, Education Higher, Teaching, Public Health Practice.

RESUMEN

El ensayo busca problematizar la acción que se tiene de los campos de pasantías en la formación de los sanitarios, teniendo como objetivo comprender las posibilidades y límites para el desarrollo de competencias relacionadas a una práctica en Salud Colectiva, a nivel de pregrado. Además de obstáculos operacionales, se resalta la importancia de debatir el sentido de práctica o de campo práctico en la formación en salud Colectiva. Más que identificar un campo, el desafío es construir espacios y metodologías que propicien el ejercicio de la observación, la reflexión y la crítica, con miras a la consolidación del Sistema Único de Salud. Esa construcción no se debe limitar al ámbito de las instituciones educativas, debe contar con otros actores e instancias, incluyéndose, principalmente, los propios estudiantes y profesionales de la salud.

Palabras clave: Salud **Pública**, Educación Superior, Enseñanza, Práctica de Salud Pública

INTRODUÇÃO

As inquietações iniciais que motivaram a proposição do texto e o percurso para a sua construção tiveram como substrato experiência em práticas docentes e de gestão do curso graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, envolvendo tanto o público interno à instituição quanto os

diferentes momentos de encontros com outros atores, direta ou indiretamente ligados a essa formação.

Trata-se de reflexões desencadeadas a partir da tarefa de implementar as propostas pedagógicas do curso, particularmente referentes às atividades práticas e aos cenários para a sua realização, mas que aspiram poder contribuir para o debate mais amplo acerca do processo de formação do sanitário, por meio dos cursos de graduação em Saúde Coletiva.

O curso de graduação em Saúde Coletiva, fruto de longo processo de discussão -aproximadamente 15 anos^{1, 2} -, consolida-se com a formação de sua primeira turma em 2012, inaugurada pela Universidade Federal do Acre e pela Universidade Federal de Brasília (Ceilândia), seguida, em 2013, pelas Universidades Federais do Rio de Janeiro, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Brasília (Darcy Ribeiro), de um universo de 16 cursos na área de saúde coletiva em funcionamento em todas as regiões do país.

Até o ano de 2008 a formação em Saúde Coletiva dava-se ou por meio de sua inserção nos cursos de graduação da área da saúde, como Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Serviço Social, dentre outros, ou através de pós-graduação, *lato sensu* (mestrado e doutorado) ou *stricto sensu* (especialização).

Mesmo ensejando alguns questionamentos, uma das principais justificativas em defesa de uma formação em nível de graduação para a Saúde Coletiva residia na urgência em formar quadro de profissionais que contribuíssem na consolidação da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. Não seria plausível

que a formação do sanitarista demandasse, além do tempo exigido para a formação do discente em nível de graduação, em uma das áreas da saúde, aquele previsto para cursar uma pós-graduação e ser habilitado como tal. Soma-se a esse argumento o fato de que a formação em saúde não estaria acompanhando os desafios tanto epistemológicos quanto práticos que a Saúde Coletiva impõe ao campo da Saúde^{1,3}.

Seja pela urgência, seja pela falta de resposta dos demais cursos da área da saúde para as demandas do novo modelo de atenção a ser implementado, o fato é que se fez premente o trabalho de um profissional que, embora “da saúde”, atuasse sob horizontes muito diversos daqueles histórica e hegemonicamente consolidados a partir do modelo biomédico.

Paralelamente ao âmbito das práticas, a Saúde Coletiva afigura-se como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, incorporando e articulando disciplinas biológicas e sociais, consubstanciadas inicialmente nas disciplinas básicas - Epidemiologia, Planejamento/Administração de Saúde e Ciências Sociais em Saúde -, e posteriormente adensadas pelas Ciências Ambientais, pela Genética e pelo desdobramento das Ciências Sociais em Ciência Política, Sociologia e Antropologia⁴.

Seguindo a proposição de Mendes-Gonçalves⁵ sobre processo de trabalho em saúde e tomando as práticas de saúde coletiva como tal, Paim³ situa o seu objeto e a sua prática, destacando os seus elementos constituintes, quais sejam: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, enfatizando-se as relações técnicas e sociais envolvidas nesse processo.

Cada uma dessas dimensões objetivas pode ser reclamada na compreensão da Saúde Coletiva como campo de saber e como conjunto de práticas, partindo da própria delimitação do seu objeto. Não se reduzindo aos riscos, agravos, doenças e mortes, o objeto da Saúde Coletiva corresponde às necessidades sociais de saúde. A análise desse objeto, bem como a ação sobre esse objeto, requerem instrumentos materiais e saberes apropriados e coerentes, ou seja, a abrangência do objeto invoca mais que as tecnologias comumente empregadas para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, posto que restritas ao plano individual e clínico. “As ‘ferramentas’ do trabalhador em saúde coletiva devem ser orgânicas ao caráter coletivo e socialmente determinado do seu objeto”³.

Se as necessidades de saúde não se restringirem a necessidades médicas ou mesmo de serviços de saúde, mas forem tomadas como necessidades sociais de saúde, a apreensão desse objeto requer uma gama de saberes provenientes de diferentes campos, como da antropologia, da sociologia, da economia, da política e da ecologia, dentre outros.

Sob essa perspectiva, de *necessidades de saúde como necessidades sociais de saúde*, e considerando o delineamento de um novo objeto que reclama outros instrumentos à sua viabilização, torna-se imperativo que os currículos dos cursos de saúde sejam organizados no sentido de propiciar conhecimentos e habilidades aos discentes, que promovam as competências requeridas pelo novo modelo sanitário.

Esse intento pressupõe que o currículo desses cursos não se restrinja a uma diversificada

oferta de disciplinas de diferentes campos do conhecimento, mas que sejam organicamente articuladas e, mais que isso, consubstanciadas em atividades práticas, expressando, tanto no processo de formação quanto na sua atuação, uma práxis da saúde coletiva.

Pelos motivos acima pontuados, sendo o egresso da graduação em Saúde Coletiva o sujeito privilegiado dessa formação, quais os desafios que se apresentam, ao cabo da formação das primeiras turmas? Mais especificamente, quais os caminhos e desafios à concretização dessas práxis?

Pensando particularmente nos denominados “campos de estágio”, dada a sua importância no processo de formação do sanitarista, como tem se dado o encontro entre os cenários práticos e a graduação em Saúde Coletiva, cujo mote é justamente contribuir para a transformação desses cenários práticos? Como o rol de competências previstas para o sanitaristas pode ser desenvolvido nos cenários práticos?

Considerando o recorte proposto, por referência aos campos de estágio e a formação do sanitarista, o objetivo do presente ensaio é compreender as possibilidades e limites para o desenvolvimento de competências atinentes a uma práxis de Saúde Coletiva, em nível de graduação.

Obstáculos operacionais à consecução das atividades práticas, na formação dos graduandos em Saúde Coletiva

Antes de adentrar na reflexão propriamente dita acerca dos cenários práticos, cabe elencar alguns aspectos operacionais que vem obstaculizando a implementação das

atividades práticas no processo de formação do sanitarista, em nível de graduação.

Uma rápida mirada em alguns dos Projetos Pedagógicos de cursos de graduação em Saúde Coletiva em funcionamento no Brasil aponta para a preocupação com a inserção de disciplinas práticas, já nos primeiros anos da formação, em seus diferentes formatos: atividades integradas, estágios obrigatórios, extensão.

Ao lado dos depoimentos de coordenadores de cursos de graduação em Saúde Coletiva⁶, avaliando como positiva a relação entre os cursos e os serviços para a realização de estágio na rede, assiste-se a discursos informais em que aqueles e outros docentes envolvidos com a formação do sanitarista tematizam as dificuldades em relação aos genericamente denominados campos de estágios.

O que pode ser avaliado como contraditório, na realidade, expressa o fato de que os cenários práticos contam, mormente, com as aproximações informais e prévias entre docentes e profissionais, que garantem o acompanhamento dos alunos e a colaboração no seu processo de formação. Entretanto, identificam-se alguns problemas na oferta desses campos, motivados por diferentes contextos.

A seguir enumeramos alguns dos contextos que apontam limites à viabilização dos campos práticos, do ponto de vista operacional.

Segundo publicação de uma parceria envolvendo os Ministérios da Educação e da Saúde, houve significativo crescimento no número de alunos matriculados em cursos

superiores da área da saúde⁷, o que deve ter como consequência uma demanda igualmente crescente por campos de estágio, dado que a maior parte desses cursos prevê cenários práticos para o processo de formação. E essa realidade pode resultar no congestionamento dos campos práticos.

O congestionamento dos campos práticos pode ser identificado em alguns serviços de saúde que se veem impedidos de receber alunos por conta do limite do número de estagiários, que deve obedecer a uma proporcionalidade em relação ao número de funcionários do quadro de pessoal, conforme estabelecido no artigo 17, da Lei 11.788/08⁸, que embora com finalidade protetiva, acaba trazendo restrições ao estágio.

O modelo assistencial alinhado com os princípios do SUS, embora na prática ainda não implementado em sua plenitude, já sofre fortes tensionamentos advindos de outras lógicas de gestão por organizações sociais. Um dos efeitos dessa nova lógica tem sido, por um lado, a desmotivação relatada por profissionais de saúde da administração direta para assumir, além das assistenciais, as funções de formação, rejeitadas diante de situações como a desigualdade salarial em relação aos pares sob regime das organizações sociais de saúde, resultando também em conflitos entre profissionais.

Por outro lado, o perfil dos profissionais contratados pelas organizações sociais de saúde e a própria atenção tem forte acento médico-centrado, culminando na dificuldade em receber alunos oriundos de um curso e papel estranhos ao cotidiano de alguns serviços. Afinal, o que faz um sanitarista?

Ao acenarem com contrapartidas materiais, tanto as instituições particulares de ensino quanto as públicas – via PRO-SAÚDE, por exemplo – criam-se distorções nos cenários práticos, na medida em que esse recorte pode tanto servir de motivador (para aqueles contemplados com tais contrapartidas) quanto pode levar a questionamentos por parte daqueles não contemplados com tais contrapartidas, nem sempre dependentes exclusivamente de suas potencialidades como campo de estágio. O bacharelado em Saúde Coletiva nem chega a ser contemplado com essa possibilidade de participar diretamente do PRO-SAÚDE, pelo entendimento de que a profissão do sanitarista ainda não existe e, portanto, não está regulamentada para a prática.

Ao lado dos limites programáticos acima citados, há que se registrar uma dificuldade oriunda principalmente dos cursos noturnos de graduação em Saúde Coletiva e da indisponibilidade dos alunos em frequentarem serviços de saúde que tradicionalmente funcionam em dias úteis e em horário comercial.

Não se restringindo a uma questão pessoal, a indisponibilidade para participar de atividades fora do período noturno é apenas um dos elementos do perfil do estudante do curso de graduação em Saúde Coletiva, cujas dificuldades extrapolam o âmbito acadêmico, reforçando a necessidade de monitoramento do seu processo de implementação².

Apontados alguns dos obstáculos concernentes aos aspectos programáticos e mesmo sociais à concretização das atividades práticas previstas nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, cabe retomar as indagações iniciais do texto,

inquirindo sobre a realização do projeto da Saúde Coletiva, enquanto uma práxis.

PRÁXIS E SAÚDE COLETIVA

Circunscrever a Saúde Coletiva e a formação dos sanitaristas em termos de práxis significa, antes de tudo, assumir a indissociabilidade entre teoria e ação com vistas a uma prática social transformadora.

Partindo-se da noção de práxis e seguindo a tradição marxista, a concepção de campo de estágio assume desafios redobrados, posto que não se configura simplesmente como espaço para o desenvolvimento de habilidades técnicas, ênfase comum na formação de profissionais de saúde de um modo geral.

Na formação do sanitarista a apreensão da dimensão práxica do objeto de seu trabalho torna-se fundamental diante dos inúmeros desafios capitaneados desde a concepção da Saúde Coletiva no Brasil, cujo campo configura-se, já em sua origem, como de integração de saberes e de práticas.

Considerando a práxis como ação transformadora do homem sobre o mundo e não se reduzindo à prática, Vasquez⁹ propõe níveis de práxis que se distinguem a depender do grau de criação com que transforma a matéria, convertendo-a em produto de sua atividade prática e do grau de consciência do sujeito no curso de suas práticas.

O grau de criatividade se expressa em termos de práxis criadora ou de práxis reiterativa/imitativa.

No primeiro caso, pressupõe-se que novas necessidades ou situações podem requerer

novas soluções, posto que uma solução já estabelecida não se pereniza. Diante da transitoriedade do que parece permanente, a práxis criadora insere-se no contexto de uma relação dialética entre problemas e soluções, por meio do diálogo permanente e o não conformismo com as respostas prontas. Destaca-se nesse tipo de práxis a noção de processo: não se trata de uma prática com resultados e caminhos rigidamente definidos; o projeto e sua realização vão se conformando na medida em que é desenvolvido.

Assim, a práxis criadora é única e não se repete, ao contrário da práxis reiterativa/imitativa, assentada no seu caráter de repetição e de reprodutibilidade. Por um lado, essa característica permite a generalização e a transposição de modelos, por outro, pode inibir possibilidades de crítica e consequente transformação da realidade. Sob tais perspectivas, a realização de uma práxis criadora remete para a capacidade de diálogo e problematização e não apenas de ações mecânicas, feitas de forma irrefletida.

É nesse sentido que, quanto ao grau de consciência do sujeito, Vasquez⁹ distingue entre práxis espontâneas e práxis reflexivas: sob as primeiras, a consciência envolvida na atividade é pequena ou quase inexistente; no segundo caso, ocorre a reflexão sobre a prática - a consciência da práxis -, que tem em seu bojo o caráter transformador.

Com esse breve delineamento situando a compreensão sobre a práxis é possível vislumbrar os desafios à formação de sanitaristas no escopo da Saúde Coletiva, posto que implica reclamar um “campo prático” que não se limite, como dito, ao desenvolvimento

de habilidades técnicas.

A ideia de técnica já foi lembrada por Ayres¹⁰ e Campos¹¹ que, recorrendo aos dicionários, reforçam o seu significado de reprodução:

“conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis... São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos” (Lalande).

“conjunto de conhecimentos especializados, de princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade” (Aurélio).

Seja o dicionário convencional, seja o dicionário filosófico referidos, ambos ressaltam o sentido de destreza mecânica ou de aplicação, que têm sido a tônica em muitos dos estágios práticos, sobretudo na área da saúde.

Pode-se dizer que a formação do enfermeiro, do médico, do cirurgião-dentista, dentre outros profissionais de saúde, prevê, necessária e talvez majoritariamente, um campo prático que proporcione o treino e manejo de procedimentos técnicos tais como a realização de um curativo, ausculta dos pulmões ou drenagem de um abscesso, procedimentos estes que resultam de certa aplicação de conhecimentos teóricos.

O que dizer do campo prático na formação do sanitarista, considerando o perfil delineado para o profissional? Se tomarmos a dimensão política da atuação do profissional, expressa em sua capacidade reflexiva, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria.

A atividade do sanitarista apoia-se em um fazer que não se restringe à teoria ou aos seus desdobramentos tecnológicos, mas sobretudo em um sistema de valores éticos e políticos. Sendo o seu trabalho situado como prática social, a capacidade reflexiva e de tomada de decisões no curso do seu processo de trabalho são fundamentais.

Ao acompanhar uma visita no âmbito da vigilância sanitária, por exemplo, o aluno, mais que inteirar-se sobre os procedimentos técnicos que compõem a referida visita, como as normas, as autuações diante de infrações, a abordagem com os responsáveis pelos estabelecimentos, precisaria indagar-se sobre os contextos que produzem as situações de infração ou de não conformidade com a legislação; quiçá sobre a própria pertinência e atualização da legislação.

Outro exemplo mais contundente, retomado por Campos¹¹, diz respeito à lei que proíbe o assassinato. Nem mesmo nessa situação, a lei deveria ter uma aplicação mecânica ou automática “porque a morte de outrem poderá ter ocorrido em um contexto de guerra declarada pelo Estado, e, no caso, o agente deveria ser homenageado; ou de legítima defesa desua vida – no caso, não haveria crime” (p. 3036).

Com esse exemplo o autor destaca a importância da racionalidade da práxis diante da insuficiência do pensar e agir orientados exclusivamente pela técnica. Acompanhando o pensamento aristotélico, o raciocínio prático reclama a capacidade de reflexão e de agir prudentes, não bastando o conhecimento do instituído, através da lei, da norma, do padrão.

Pelos motivos expostos, não se tratando de tomar os cenários práticos como espaço para

o desenvolvimento de habilidades técnicas, em que consistiriam os chamados campos práticos na formação do sanitarista em nível de graduação? Como um serviço de saúde, por exemplo, seria campo de estágio para os discentes?

O campo de estágio na formação do sanitarista

Uma vez ressaltada a dimensão prática do trabalho do sanitarista e a recusa de uma formação com enfoque exclusivo ou majoritário nas dimensões tecnológicas de suas práticas, fica o desafio de encontrar cenários e caminhos que propiciem o contato e “treino” dessas habilidades práticas esperadas.

Voltando ao exemplo de profissões clássicas da saúde, o treinamento de habilidades práticas na formação do médico, por exemplo, é feito por meio da observação da atuação de profissionais mais experientes e posteriormente através da realização de procedimentos específicos, iniciando com aqueles menos complexos e gradativamente assumindo outros de maior complexidade, sob a supervisão desses profissionais.

Mesmo não seguindo essa lógica, pode-se dizer que ainda são poucos os sanitaristas inseridos no sistema de saúde, que cumpririam o papel do “profissional mais experiente”, cujas práticas pudessem ser observadas pelos alunos. Além disso, como já pontuado, o agir na e da Saúde Coletiva ancora-se preponderantemente nas suas dimensões éticas e políticas, não apreensíveis por meio da técnica.

Não se quer, com esse discurso, negar a existência da dimensão técnica ou mesmo

tecnológica no trabalho do sanitarista. É importante que o aluno se aproprie e tenha domínio sobre preenchimento de fichas de notificação de agravos, sobre o manejo de ferramentas como o EpiInfo, banco de dados, geoprocessamento e tantas outras.

O que o docente espera de um cenário prático para os alunos da graduação em Saúde Coletiva, quando escolhe um serviço de atenção primária ou um hospital?

Levando em conta a afinidade ou mesmo imbricação entre a Saúde Coletiva e o SUS, ao lado das dificuldades operacionais já apontadas, a escolha de campos práticos pode apresentar-se de modo dilemático: mostrar o SUS que temos ou o SUS que queremos?

Embora essa possa ser uma falsa questão no caso da formação dos sanitaristas, ilustra e reforça o quanto o campo não se configura como espaço de formação somente pelas suas atividades e serviços. É o seu potencial para o exercício da capacidade reflexiva, crítica e problematizadora, a partir de referenciais éticos e políticos, que faz do campo um bom cenário prático. E, nesse sentido, o bom campo prático não prescinde da presença e intervenção de um preceptor, seja o próprio docente, seja o profissional de saúde, com sensibilidade para captar e aproveitar as diferentes situações cotidianas capazes de aguçar e desencadear o pensamento reflexivo, crítico e propositivo.

Uma cena que pode ser considerada banal, de moradores de uma comunidade dirigindo perguntas ao agente de saúde, por exemplo, pode indicar desde a simples inadequação da resposta do agente ou até mesmo apontar questões sobre a dinâmica ou distorções do

modelo assistencial. Pode-se, por exemplo, identificar a ênfase no papel do agente na intermediação de demandas do serviço para a comunidade, em detrimento do sentido inverso, de também contribuir na tradução das demandas da comunidade para os serviços de saúde, posto que sua voz tenha pouca ressonância no planejamento das atividades pela equipe de profissionais de saúde.

Além da presença e sensibilidade do preceptor, a captação e seleção de cenas potentes para propiciar a reflexão crítica também pode contar com metodologias ou adaptações de metodologias oriundas das ciências sociais, em especial, a observação participante, com base na Antropologia¹², a sistematização de experiências, afinada a concepção metodológica dialética, formulada por Oscar Jara¹³ ou o uso de cenas, inspiradas no psicodrama¹⁴.

Não cabendo, nesse espaço, descrever cada uma dessas metodologias citadas, importa frisar a relevância de se recorrer, criar ou recriar metodologias que contribuam para o desenvolvimento das habilidades, que podemos denominar de não-técnicas, nos cenários práticos previstos para a formação do sanitarista.

Breve relato de experiência

O curso de graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, prevê em seu currículo uma disciplina transversal, de cunho teórico-prático, denominada Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC), ministrada do primeiro ao último período da formação.

O objetivo é desenvolver e avaliar as competências necessárias ao exercício da profissão de sanitarista, tendo como suporte teórico os conteúdos das ciências biológicas, das ciências exatas, das ciências humanas e sociais, além dos conteúdos específicos do campo da Saúde Coletiva.

Os cenários práticos são diversificados, abrangendo desde os diferentes níveis de complexidade dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, incluindo-se as instâncias de gestão e planejamento, até as organizações não governamentais e movimentos sociais.

A AISC ofertada no quarto período enfatiza as propostas de redes de atenção à saúde, recorrendo às noções de Linha do Cuidado¹⁵ e Itinerários Terapêuticos¹⁶. O espaço privilegiado para as práticas tem sido os serviços de atenção secundária e ambulatorios especializados e, dentre as estratégias previstas para a tematização das situações, optou-se por adaptar as proposições da observação participante¹², como modo de recortar, sistematizar e redigir o que era visto (e ouvido) durante as idas aos serviços de saúde.

Esse exercício metodológico permite que os alunos consigam contemporizar o envolvimento com o campo e o distanciamento necessário para compreender e problematizar as diferentes situações vivenciadas. A observação participante prevê o registro tanto de situações imponderáveis quanto de cenas corriqueiras, permitindo que questões aparentemente sem muita importância não passem despercebidas e possam ser tematizadas, servindo de fecundo mote para a discussão.

Em um dos ambulatorios especializados,

os alunos trouxeram relato sobre a satisfação dos usuários com o excelente atendimento dos profissionais e sobre a atenção que lhes era dispensada, fato que corroboravam por meio da observação. Observaram que, antes de chegarem a esse ambulatório, muitos usuários haviam peregrinado por outros serviços, sem obterem nem atendimento, nem informações sobre referências ou sobre o seu diagnóstico.

A partir dos registros e dos relatos, foi possível tematizar a questão das redes de atenção, não só no sentido de identificar as suas falhas, mas também de levantar hipóteses sobre esse modo de funcionamento. Igualmente, tais questionamentos também se voltaram para o ambulatório especializado, desta feita no sentido de identificar que elementos e contextos faziam com que pudesse ofertar atendimento diferenciado.

Avalia-se que esse processo, ainda que modestamente, ilustra como um campo pode ser conformado, não apenas como espaço para treino de habilidades técnicas, mas como oportunidades para o exercício da reflexão e da crítica, a partir do observado/vivido e da teoria/conceitos, na relação dialética que constitui a práxis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que sem o compromisso conceitual com os termos campo de práticas, cenários práticos ou mesmo campo de estágio, o presente ensaio pretendeu resgatá-lo como espaço privilegiado de imbricação entre teoria e prática, expressa como práxis.

Ao lado dos obstáculos operacionais apontados, ressalta-se a importância de valorizar

outro desafio concernente ao sentido mesmo de prática ou de campo prático no escopo da Saúde Coletiva. Não se trata de simplesmente encontrar um lugar ou um preceptor, mas de como esse lugar é explorado e potencializado como espaço para o exercício da reflexão, da crítica e de gestação de proposições.

Ainda que os cursos de saúde venham sendo incitados a incorporarem essa lógica, sobretudo no âmbito da Saúde Coletiva e do SUS, para o curso de graduação em Saúde Coletiva tal desafio pode ser considerado como uma exigência.

O fato de não requerer o treinamento e o desenvolvimento de competências estritamente técnicas não significa que a apreensão e problematização dos diferentes contextos de produção de saúde deva ocorrer de modo fortuito.

Nesse sentido, deve-se investir em propostas que promovam a elucidação desses campos práticos na formação do sanitarista, seja recorrendo a metodologias já existentes, seja criando e recriando novas estratégias. Quaisquer que sejam esses caminhos, há que se envolver, além das instituições de ensino responsáveis por essa formação, na figura dos docentes, outros atores e instâncias, incluindo-se, sobretudo, os próprios discentes e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface*. 2003, 7(13):163-6.
2. Castellanos MEPet al. Estudantes

de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013, 18(6):1657-66.

3. Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador:EDUFBA; 2006.

4. Elias PE. *Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões*. *Interface*. 2003, 7(13):167-70.

5. Mendes Gonçalves RB. *O processo tecnológico do trabalho em saúde*. *Divulg. saúdedeb.*, 1991. 4:97-102.

6. Belisario SA et al. *Implantação do curso de graduação em Saúde Coletiva: a visão dos coordenadores*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, 18(6):1625-34.

7. Haddad AE et al (orgs). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

8. Brasil. Lei no. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

9. Vazquez AS. *Filosofia da Práxis*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977.

10. Ayres JRCM. *Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática*. *Interface*. 2000, 4(6):117-20.

11. Campos GWS. *Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Sociedade e Cultura*, 2000, 3(1 e 2): 51-74

12. Oliveira RC. *O Trabalho do Antropólogo:*

olhar, ouvir, escrever. In: Oliveira RC. *O Trabalho do Antropólogo*. 3a ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: UNESP, 2006, p. 17-35.

13. Hollyday OJ. *Para sistematizar experiências*. 2a.ed., revista. Brasília:MMA, 2006.128 p.

14. Paiva, V. *Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual*. In: Barbosa RM & Parker R. (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 249-269.

15. Franco TB & Magalhães Jr. H.. *A Integralidade e as Linhas de Cuidado*. In: Merhy E.E. et al. *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. São Paulo:Hucitec, 2003.

16. Mângia EF, Muramoto MT. *Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores*. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008, 19(3): 176-82.

Artigo apresentado em: 02/09/2013

Artigo aprovado em: 15/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/11/2013