

# UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NO ENSINO SUPERIOR

BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Carmen Fontes Teixeira  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Organizadoras



**UMA EXPERIÊNCIA  
INOVADORA NO  
ENSINO  
SUPERIOR**

**BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

*Reitora*

Dora Leal Rosa

*Vice-reitor*

Luís Rogério Bastos Leal



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 Ninō El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Carmen Fontes Teixeira  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Organizadoras

**UMA EXPERIÊNCIA  
INOVADORA NO  
ENSINO  
SUPERIOR**  
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Salvador  
EDUFBA  
2014

© 2014, autores

Direitos para esta 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.

*Normalização*

Letícia Oliveira de Araújo

*Revisão*

Tatiana de Almeida Santos

*Projeto gráfico, capa e editoração*

Gabriel Cayres

---

Sistema de Bibliotecas - UFBA

---

Uma experiência inovadora no ensino superior : Bacharelado Interdisciplinar em Saúde /  
Carmen Fontes Teixeira, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Organizadoras,  
prefácio, Naomar de Almeida Filho. - Salvador : EDUFBA, 2014.  
307 p.

ISBN 978-85-232-1142-4

1. Saúde - Estudo e ensino (Superior). 2. Abordagem interdisciplinar do conhecimento.  
3. Bacharelado interdisciplinar. 4. Ensino superior. I. Teixeira, Carmen Fontes, 1955- II.  
Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. III. Almeida Filho, Naomar de, 1952-

CDD - 610.7

---

EDITORA FILIADA A



EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n

Campus de Ondina

40.170-115 - Salvador - Bahia - Brasil

Telefax: 0055 (71) 3283-6160/6164

edufba@ufba.br

www.edufba.ufba.br

Aos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Aos primeiros, pioneiros,  
Aos que estão, guerreiros,  
Aos que virão... Bem vindos!



# SUMÁRIO

---

Prefácio 11

Apresentação 23

## **PRIMEIRA PARTE**

Educação Superior em Saúde: contexto institucional  
de criação do Bacharelado Interdisciplinar 31

*Marcelo Nunes Dourado Rocha, Maria Constantina Caputo,  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Renata Meira Vêras  
e Carmen Fontes Teixeira*

A Construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde:  
transformando um sonho em realidade 53

*Carmen Fontes Teixeira e Maria Thereza Ávila Dantas Coelho*

Processo de Implantação do Projeto Político-Pedagógico  
do BI em Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar 73

*Carmen Fontes Teixeira e Maria Thereza Ávila Dantas Coelho*

## **SEGUNDA PARTE**

Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos  
da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em  
Saúde da Universidade Federal da Bahia 109

*Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vanessa Prado dos Santos,  
Bárbara Menezes da Silva e Evelyn Martins Reale de Oliveira*

A Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde: reflexões  
e desafios para o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde 127

*Luís Augusto Vasconcelos da Silva e Adriana Miranda Pimentel*



Seminários interdisciplinares de pesquisa em saúde: debatendo as bases epistemológicas das ciências no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde <i>Naomar de Almeida Filho e Vanessa Prado dos Santos</i>	143
A transversalidade da Saúde Mental nos Bacharelados Interdisciplinares <i>Vlândia Jamile dos Santos Jucá</i>	153
Racionalidades em Saúde, Sistemas Médicos e práticas alternativas: exercitando uma perspectiva multicultural no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde <i>Carmen Fontes Teixeira e Marcelo Nunes Dourado Rocha</i>	163
Saúde e cidade: refletir sobre a saúde pela ótica da cidade <i>Adriana Miranda Pimentel</i>	177
A Introdução do tema “Saúde da População Negra” no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no IHAC/UFBA <i>Marcos Vinicius Ribeiro de Araújo e Carmen Fontes Teixeira</i>	189
<b>TERCEIRA PARTE</b>	
A atividade de extensão “AIDS: educar para desmitificar” <i>Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco, Mauricio de Souza Campos, Mílana Araújo Silva Sá, Nelson Junot Borges e Tâmila Pires da Silva</i>	205
Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias: uma experiência de extensão universitária nos Bacharelados Interdisciplinares <i>Adriana Miranda Pimentel</i>	219

A participação dos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no “Permanecer SUS”	233
<i>Maria Constantina Caputo, Renata Meira Veras, David Velanes de Araújo, Claudineia Galvão da Cruz e Karla Guedes de Azevedo Hegouet</i>	
Atividade curricular em comunidade: graduandos vivenciando a realidade social da população em situação de rua	243
<i>Renata Meira Veras, Gezilda Borges de Souza, Daisy Guerra Kitaoka, Brian Teles Fonseca de Macêdo e Vitória Ferreira Barreto</i>	
Participação dos alunos do BI em Saúde em uma roda de apoio à gestação: o Grupo Maternar	255
<i>Anamélia Lins e Silva Franco</i>	
Outro olhar sobre as conferências municipais e estaduais de saúde: a participação dos alunos do BI em Saúde da UFBA	269
<i>Maria Constantina Caputo, David Ramos da Silva Rios e Karla Guedes de Azevedo Hegouet</i>	
<b>POSFÁCIOS</b>	
Posfácio I – Discurso de Iracerra Lima Barreto	285
Posfácio II – Discurso de Milena Araújo Sá	289
Posfácio III – Discurso de Naomar de Almeida Filho	292



## PREFÁCIO

# Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: revolução na educação superior no campo da saúde?

---

Naomar de Almeida Filho

A modalidade de curso superior denominada de Bacharelado Interdisciplinar foi iniciada no Brasil no contexto da Reforma Universitária de 2008, inspirada nas propostas pioneiras de Anísio Teixeira nas décadas de 1930, com a UDF, e 1960, na Universidade de Brasília (UnB). Trata-se de proposta inovadora de arquitetura curricular modular e progressiva, num regime de ciclos de formação, o que permite a solução de vários problemas estruturais herdados da reforma na universidade brasileira conduzida pelo regime militar em 1968.

A variante Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) foi planejada especialmente visando a superar os principais desafios da formação de recursos humanos no campo da Saúde. E que desafios são esses? O principal é que o modelo de educação superior em saúde ainda predominante entre nós, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. No Brasil, atualmente os egressos das faculdades e escolas de formação de pessoal de saúde em nível superior, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde das pessoas.

Vários estudos têm demonstrado que o perfil predominante do egresso dos cursos atuais de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os aspectos da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, fraca formação humanística, despreparado em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde, que pouco ou nada conhece da realidade

situacional, resistente às mudanças necessárias no sistema de saúde vigente. (ALMEIDA FILHO, 2011)

Por um lado, a educação médica, supostamente eixo central da formação em saúde, no Brasil, articula-se de modo deficiente ou distorcido à formação de outros trabalhadores de saúde e, por isso, não consegue formar profissionais capazes de trabalhar em equipe. Por outro lado, o modelo de formação predominante não tem conseguido formar trabalhadores de saúde com uma atitude analítico-crítica perante o conhecimento prático aplicado ao cuidado em saúde, efetivamente preparados para a educação permanente necessária ao constante aperfeiçoamento científico e tecnológico. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores (quando não antagonistas) do SUS, principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira carente.

Neste prefácio, por um lado, apresentarei um breve histórico da Educação Superior em Saúde no Brasil, buscando compreender as raízes desse modelo que se mostra insistentemente hegemônico na conjuntura brasileira atual. Por outro lado, pretendo discutir os desafios representados por um modelo de formação de trabalhadores em saúde francamente fora de sintonia com as necessidades de saúde da população e com as demandas do sistema público de saúde. Finalmente, gostaria de mostrar como a proposta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pretende superar tais desafios integrando-se a uma opção de arquitetura curricular inovadora no contexto atual da Universidade brasileira.

## **Breve histórico da Educação Superior em Saúde no Brasil**

O processo de integração da formação médica como prática sistematizada de base tecnocientífica, que havia se consolidado nos países europeus no bojo do Iluminismo, alcançou-nos com pelo menos um século de atraso. Em 1808, de passagem por Salvador, em fuga dos exércitos napoleônicos, o Príncipe-Regente D. João, assinou uma Carta-Régia que autorizava a instalação de uma escola de cirurgia no Hospital Militar de Salvador da Bahia. Do ponto de vista acadêmico, no entanto, implantava-se um modelo de formação profissional ainda baseado na distinção medieval entre cirurgiões (médicos-manuais) e físicos (médicos-filósofos), num momento histórico em que o mundo desenvolvido da época já aproveitava os avanços da Clínica moderna.

Após a Independência do Brasil em 1822, no Rio de Janeiro e na Bahia, as escolas militares de cirurgia foram reestruturadas, dentro do modelo bonapartista de faculdades isoladas, resultado de uma missão luso-francesa contratada pelo governo da regência (EDLER, 2000) Durante todo o século XIX, a cultura nacional se expandiu nas regiões econômicas do País que apresentavam maior dinamismo econômico e centralidade política, como Rio de Janeiro e São Paulo, reforçando os eixos conservadores ancorados na vida colonial e no regime do Império, sem transformações mais profundas da vida social.

No final do século XIX, articulado a um crescimento agrícola sustentado numa política de promoção da imigração e na abolição da escravatura, o regime político republicano consolidou um plano de desenvolvimento da educação superior no Brasil que reforçou o modelo baseado em faculdades, rejeitando, em sucessivas oportunidades, propostas de implantação de universidades. No que se refere especificamente ao tema da educação superior em saúde, na época restrita à escola médica, a consolidação do regime de faculdades manteve o ensino e a prática médica como atividade de elite, quase exclusiva da nobreza e da burguesia urbana, garantindo dessa forma o controle político e institucional do exercício profissional da medicina pelas classes dominantes daquele contexto histórico.

Nas primeiras décadas do século XX, a formação profissional em saúde renovou-se com os efeitos acadêmicos e científicos do Relatório Flexner, datado da mesma época em que se estruturava o ensino superior em saúde nos países do Norte, consolidando nos países do hemisfério Norte o modelo humboldtiano de universidade de pesquisa. A reforma flexneriana significou profunda reestruturação das bases tecnológicas da medicina, redefinindo ensino e prática médicas a partir de princípios científicos rigorosos. Essa proposta realmente implicava uma tentativa de implantar uma nova pedagogia baseada em hospitais de ensino. Naquele momento, nossas faculdades de medicina ainda ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam robustos laços com duas tradições européias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial.

Em 1919, a Fundação Rockefeller concedeu bolsas de estudos para docentes da Cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo para estágio na então recém-criada Escola de Saúde Pública da *Johns Hopkins University*. De retorno ao Brasil, esses professores tentaram implantar na sua faculdade

uma reforma curricular (com base em disciplinas e não matérias) e institucional, removendo as cátedras. (KEMP; EDLER, 2004) A adoção do tempo integral para os docentes das formações pré-clínicas (em departamentos e institutos) e a redução do número de alunos nas salas e enfermarias desencadearam reações das cátedras clínicas e cirúrgicas que rejeitavam o princípio flexneriano da dedicação exclusiva.

No Rio de Janeiro, outro importante pólo brasileiro de educação médica nessa época, Antonio da Silva Mello apresenta em 1937 um projeto de reforma da educação médica brasileira em bases muito semelhantes às propostas do Relatório Flexner. Catedrático de clínica médica da então Faculdade Nacional de Medicina, Silva Mello havia feito sua formação na Alemanha no início do século. A reforma proposta por Silva Mello é convergente com vários pontos do modelo ideal preconizado pelo Relatório Flexner: marco conceitual de base científica, dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática, turmas menores em laboratórios e clínicas. Apesar de todo seu esforço, Silva Mello fracassou em sua proposta modernizante do modelo de formação médica de herança franco-lusitana. (KEMP; EDLER, 2004)

Conforme analisado magistralmente por Sérgio Arouca (2003), a agenda de reforma do ensino superior em saúde foi retomada entre nós, na década de 1950, numa vertente pouco reconhecida como parte da Reforma Flexner – a Medicina Preventiva. Como estratégia de mobilização, sob o patrocínio de fundações internacionais e da OPAS, realizaram-se vários eventos nos Estados Unidos e na América Latina. Em 1952, *Colorado Springs* recebe uma reunião de representantes das principais escolas médicas dos EUA e Canadá, ponto de partida para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos buscando fomentar uma atitude preventiva nos futuros médicos. No processo de difusão internacional desse movimento, destacam-se vários congressos de Educação Médica realizados em Universidades da América Latina.

Apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, na América Latina, o único efeito deste movimento parece ter sido a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) No caso do Brasil, aproveitando o potencial de articulação do modelo preventivista de Leavell-Clark como “guarda-

-chuva” da prática médica mediante os conceitos de prevenção secundária e terciária, propostas de renovação da prática clínica foram implementadas.

Em suma, do primeiro ciclo de aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos de apoio técnico e de financiamento que pretendiam difundir a fórmula do Relatório Flexner no plano internacional, restou a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento. Do segundo ciclo, já no pós-guerra, resultou a abertura de departamentos de medicina preventiva substituindo as tradicionais cátedras de higiene, introduzindo nas escolas médicas conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, antes ministrados nas escolas de saúde pública, alienadas da educação médica e destinadas à formação de sanitaristas. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998)

Visando fomentar pactos de convergência entre os grupos reformistas com algum potencial na cena médica brasileira, realizou-se na Bahia, em 1961, a *I Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica*, patrocinada pela Fundação Kellogg. Nesse momento, podemos destacar as figuras de Clementino Fraga Filho e Roberto Figueira Santos, catedráticos respectivamente das escolas médicas da Universidade do Brasil e da Universidade da Bahia, pioneiros entusiasmados da concepção cientificista da prática médica e da modernização dos modelos de formação. Dessa forma, recuperava-se o impulso para superar alguns dos impasses conceituais e políticos das práticas de cuidado à saúde através de reformas curriculares e institucionais nas faculdades tradicionais. (KEMP; EDLER, 2004)

No campo da educação médica, dois eventos marcaram a segunda metade da década de 1960. No subcontinente latino-americano, o seminal estudo coordenado por Juan Cesar Garcia em 1967-1968, intitulado *La Educación Médica em America Latina*. No Brasil, a reforma universitária promovida pelo regime militar, resultante do Acordo MEC/Usaid de 1967 e da Lei 5.540 de 1968. Nesse contexto, Flexner foi retomado como agente reformador do ensino médico, sua dimensão mais reduzida e datada, e não como intelectual criativo, preocupado e atuante na modernização da escola em geral e, em particular, da universidade.

Conforme analisei em mais detalhe em outro texto (ALMEIDA FILHO, 2010), vários autores brasileiros identificaram no Relatório Flexner elementos conceituais (mecanicismo, biologismo, especialismo, individualismo, cientificismo e tecnicismo) que conformariam uma matriz articulada ou paradigma



de prática assistencial e de ensino em saúde, configurando uma construção imaginária a que chamaram de modelo biomédico flexneriano. A versão brasileira da medicina flexneriana reforçaria a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo, privado e público. Sobretudo, compreende o cuidado em saúde como uma especialização precoce e infanda, com excessiva tecnificação e mesmo despersonalização, que em muito facilita a mercantilização da Medicina, em suas diversas modalidades.

Recentemente, avaliando o descompasso entre educação superior e formação profissional para o sistema de saúde brasileiro, identifiquei esse processo como construção discursiva de uma mitologia antiflexneriana (ALMEIDA FILHO, 2010). A perspectiva pseudo crítica do modelo flexneriano peca por duas omissões: por um lado, a postulação de que a formação médica deve ser integrada à Universidade, a fim de, por outro lado, propiciar formação cultural e cidadã prévia para acesso à formação profissional, tomando o *College* como pré-requisito de entrada na escola médica.

Após o Golpe de Estado de 1964, o governo militar celebrou um acordo com o Departamento de Estado dos EUA, através da *United States Agency for International Development* (USAID), visando reformar o sistema de educação superior do Brasil. (CUNHA, 2007) Essa iniciativa teve dois antecedentes importantes. Em 1965, foi elaborado um diagnóstico da situação conhecido como Relatório Acton (resultante da consultoria do norte-americano Rudolph Acton) e aprovado no Conselho Federal de Educação o famoso Parecer Sucupira (de autoria de Newton Sucupira, educador alagoano) que estabelecia as bases para a implantação de um modelo de pós-graduação parcialmente inspirado no sistema norte-americano.

A reforma foi formalizada na Lei 5540, promulgada em 28 de novembro de 1968, porém seus efeitos se desdobraram por quase uma década. Concretamente, buscava-se reorganizar a instituição universitária dotando-a de “uma estrutura orgânica com base em departamentos reunidos ou não em unidades mais amplas; [...] e racionalidade de organização, com plena utilização dos recursos materiais e humanos.” (CUNHA, 2007, p. 231) Essa departamentalização constituía igualmente um simulacro do modelo norte-americano, ajustado mediante uma aliança com a oligarquia acadêmica nacional.

O saldo positivo da implantação de um modelo de pós-graduação capaz de, nas décadas seguintes, promover uma plataforma dinâmica de pesquisa não compensa certamente o enorme saldo negativo: problemas herdados

no regime elitista e tecnocrático enfim consolidado. Do ponto de vista de arquitetura curricular, implantou-se uma mudança conservadora, corrigindo alguns aspectos pontuais do sistema então vigente de educação superior, porém mantendo o velho regime europeu de formação linear na graduação. Como resultado desse processo histórico, de maneira parecida com a situação nos EUA antes da reforma Flexner e com a situação na Europa continental antes do Processo de Bolonha, medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, psicologia e outras profissões relacionadas à saúde são, sem exceção, cursos lineares de graduação no Brasil. Esse regime de formação foi, como vimos, consolidado pela Reforma Universitária de 1968. (CATANI; OLIVEIRA, 2002)

Nesse regime, ainda hoje hegemônico na universidade brasileira, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes jovens e imaturos são forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira muito cedo em suas vidas. Vários corolários caracterizam esse sistema. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008) Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursos preparatórios caros, transforma aquelas carreiras em verdadeiros monopólios das classes afluentes, cujos membros tendem a apoiar as abordagens individualistas aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para estudos mais gerais, necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe.

Em 2008, foi lançado no Brasil um plano de investimento maciço chamado Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), tendo como meta duplicar a oferta de vagas em universidades federais. Essa expansão de cobertura tem sido complementada pela abertura de cursos noturnos e ampliação de programas na pós-graduação nas universidades federais, viabilizados pela recuperação do financiamento e contratação de quadros docentes. Dessa forma, fomenta-se uma reestruturação da graduação, fundamentalmente através de novos formatos de processo seletivo, como o aperfeiçoamento do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), complementado com o Sistema Unificado de Seleção (SISU).

A iniciativa do Programa REUNI permitiu a implementação de cursos de graduação em regime de ciclos na UFBA e em pelo menos 20 outras universidades federais brasileiras. Consagrado nos principais cenários mundiais de formação profissional, compatível com o sistema universitário dos EUA e com o modelo de Bolonha, na Europa, o regime de ciclos inegavelmente apresenta inúmeras vantagens: “evita precocidade nas escolhas de carreira; implica modularidade na estrutura curricular (aluno conclui etapas/ciclos); flexibiliza estruturas curriculares; permite mudanças de percurso formativo; reduz evasão no sistema de ensino; integra graduação e pós-graduação; fomenta modelos de formação interdisciplinar.” (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008) Em nossa instituição, o Bacharelado Interdisciplinar foi proposto como primeiro ciclo de formação universitária, tendo o BIS sido implantado entre nós de modo pioneiro, seguido pelo BIS do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

## Desafios da formação em Saúde na universidade

Como vimos, mesmo com as redes mundiais de intercâmbio acadêmico já ativas, porém incipientes em meados do século passado, mantivemos no Brasil e na Bahia as bases retóricas e empíricas do iluminismo da restauração bonapartista até meados do século passado, quando finalmente ocorreram, entre nós, os primeiros ajustes ao modelo flexneriano de formação. Ou seja, a atualização histórica da educação médica tecno-científica alcançou-nos com pelo menos meio século de atraso. Ainda assim, como demonstrei (ALMEIDA FILHO, 2010), o modelo conceitual flexneriano foi incompreendido, profundamente distorcido e por isso rechaçado pelas correntes hegemônicas de educação em saúde no Brasil. Ignorando a perspectiva humanista e pedagógica do próprio Flexner, destacou-se entre nós apenas sua ênfase no conhecimento experimental de base científica.

Numa contribuição ao Suplemento Especial do Lancet sobre a saúde no Brasil (ALMEIDA FILHO, 2011), identifiquei uma profunda crise na formação de recursos humanos em saúde. Em nosso país hoje, a força de trabalho engajada no setor saúde compreende 1,5 milhão de profissionais registrados em conselhos profissionais. A rede do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Além disso,

são oferecidos quase 3.500 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, com 185 faculdades de medicina abrigoando quase 100.000 alunos.

O problema é que a força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para boas práticas baseadas em evidência científica, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que de fato operam o sistema. Essa disparidade é em parte decorrente de autosseleção. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes. No entanto, pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada desse problema na dissonância entre missão do SUS e processos e objetivos concretos do sistema de ensino superior. Assim, a questão-chave para a saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde.

Infelizmente, a educação médica brasileira mantém-se ainda fortemente presa ao modelo de formação equivocadamente considerado como flexneriano. As distorções da medicina hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante, resultante dos modelos de ensino realizados no Brasil mostram-se incapazes de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde. Por um lado, a correlação de forças políticas e institucionais progressistas que redemocratizou o Brasil ampliou indiscutivelmente a transparência e a participação social na gestão pública do setor saúde. Nesse processo, a sociedade brasileira, principalmente através de seus intelectuais orgânicos, foi capaz de conceber, estabelecer e consolidar talvez o maior patrimônio de política pública: o Sistema Único de Saúde. Por outro lado, os avanços políticos no setor saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual.

Como resultado do porte e rapidez desse conjunto de mudanças, surgiram tensões entre as universidades brasileiras. (ALMEIDA FILHO, 2011) O estabelecimento acadêmico, liderado por faculdades tradicionais, é contra o rearranjo da base ideológica do ensino superior e, portanto, tende a recusar modelos de cursos inovadores. No entanto, o SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente

na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido. Nesse contexto, o Estado, pressionado pelos movimentos sociais, assumiu a liderança até então pertencente às universidades, com iniciativas como o REUNI e, entre nós, o BIS.

Em sua concepção, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pretende superar os defeitos de formação (ou deformações) acima assinalados, recorrendo a uma modalidade de estrutura curricular denominada Regime de Ciclos, já adotada pelos modelos mais avançados de educação em saúde do mundo. Em termos operacionais, o curso proposto e justificado nesses moldes integra-se organicamente a um programa inovador de formação profissional de fato em franca expansão. Como princípio metodológico, o BIS se baseia na adoção de modelos pedagógicos ativos e abertos, além de aplicar novas tecnologias de ensino-aprendizagem, disponíveis e testadas em vários momentos da nossa história e em distintos contextos. Desse modo, desenvolve e pratica um sistema de formação com base em métodos e não em conteúdos, com vistas a habilitar o estudante na busca permanente de soluções, capacitando-o a continuar aprendendo durante sua futura prática profissional.

## Comentário final

Novamente, encontramos-nos atrasados no cumprimento do nosso mandato de agentes de transformação das práticas sociais pela via da formação profissional. É trágico verificar que esse atraso histórico não mais se justifica pelo relativo isolamento acadêmico-científico da universidade brasileira, como teria sido no passado, mas sim tem claras raízes numa estrutura política baseada na desigualdade social. De fato, apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a principal fonte do problema, porque o sistema de educação em saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que ainda prevalece no Brasil contemporâneo, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas. (ALMEIDA FILHO, 2011)

A educação superior em saúde pensada apenas sob a ótica da transmissão de conteúdos, fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, completamente ou mesmo parcialmente desvinculada do contexto sócio-cultural, compromete todas as etapas do processo de produção da saúde. Sem dúvida,

a resolução desses problemas e a superação dessas questões exigem uma melhoria na formação dos profissionais de saúde, valorizando as vertentes da humanização, da ética e da participação social.

Estamos convictos de que o modelo do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde tem o potencial de provocar uma revolução na educação superior no campo da saúde no Brasil. Como primeira etapa de uma formação plena tecnicamente competente, porém firmemente engajada nos valores da humanização, da participação e da integralidade, enfim, o BIS representa uma possibilidade real de mudanças, no sentido de formar um novo perfil de profissionais do cuidado à saúde a partir de princípios, valores, métodos e práticas totalmente renovados, nos termos explorados neste volume. É por isso que investimos todo o nosso entusiasmo, energia e dedicação na formação de trabalhadores de saúde preparados não só para a conjuntura contemporânea, mas também para contextos futuros, com a expectativa de fazê-los participar ativamente da construção de um mundo onde prevaleçam os princípios ético-políticos da equidade e da solidariedade.

## Referências

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

\_\_\_\_\_. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 26, n. 12, p. 2234-49, dec. 2010.

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F. *Educação superior no Brasil: reestruturação e metamorfose das universidades públicas*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CUNHA, L. A. *A universidade reformanda: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior*. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2007.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

EDLER, F. C. Educação médica no Brasil no século XX. *Boletim da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, abr./jun. 2000.

KEMP, A.; EDLER, F. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *Hist. Ciênc. Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 569-85, dez. 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A universidade no século XXI: para uma Universidade Nova*. Coimbra: Almedina, 2008. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/60097414/Boaventura-Santos-Almeida-Filho-A-Universidade-no-Seculo-XXI>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SILVA, M. A. *Problemas do ensino médico e de educação*. Rio de Janeiro: Ariel, 1937.

## APRESENTAÇÃO

---

“Navegar é preciso, viver não é preciso.”

*Fernando Pessoa*

Há pouco mais de quatro anos, o Conselho Universitário da UFBA tomou a decisão de criar os cursos de Bacharelado Interdisciplinar, desencadeando assim um processo de mudança no modelo de formação superior da instituição, que contemplou alterações nos mecanismos de ingresso à Universidade, elaboração e implantação de projetos pedagógicos fundamentados na perspectiva epistemológica da interdisciplinaridade e a implantação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos.

Aproveitando uma conjuntura política particularmente favorável, em que pesem as dificuldades decorrentes das tradições e hábitos arraigados no cotidiano institucional, a decisão de implantar os BI revela a vontade da maioria dos dirigentes e de um grupo significativo do corpo docente, liderados pelo então Reitor Naomar de Almeida Filho, em produzir mudanças nas relações entre a Universidade e a Sociedade, através da experimentação de modalidades de cursos e práticas pedagógicas potencialmente transformadoras dos modelos de formação vigentes.

Essa expectativa, ou melhor, essa esperança mobilizou o grupo de professores que se engajou imediatamente na construção do IHAC e na implantação dos BI, entre os quais o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. O trabalho desenvolvido nos últimos três anos hoje apresenta, como principal resultado, a formatura da 1ª turma de Bacharéis Interdisciplinares em Saúde, celebrada neste mês de janeiro de 2012.



Nós, organizadoras deste livro, estabelecemos, desde janeiro de 2009, uma parceria que se consolidou ao longo de três anos de trabalho na coordenação do curso, constituindo uma cumplicidade e uma amizade fundada no compromisso com a busca de excelência das práticas de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas no âmbito do Bacharelado Interdisciplinar e, a partir dele, nos estabelecimentos do sistema de saúde, nas escolas, nos bairros e em outras instituições da cidade de Salvador e de outros municípios do Estado da Bahia.

De fato, a implantação do BI em Saúde tem sido ao longo desses três anos, um exemplo extraordinário de um aprendizado coletivo, que se desdobra em vários planos, na inserção do IHAC na gestão universitária, na articulação do BI com o planejamento acadêmico da oferta de componentes curriculares nas várias unidades, da organização compartilhada da trajetória de cada estudante, do acompanhamento e avaliação dos projetos de pesquisa e extensão nos quais eles se inserem, enfim, em uma multiplicidade de experiências que estão sendo vividas, como canta o poeta, sem precisão.

Sim, estamos navegando e, nesta “aventura”, como disse uma vez um grande amigo nosso, envolvemos outros docentes, constituímos uma equipe, nos desdobramos em múltiplas atividades e, ao mesmo tempo, tratamos de construir nossos mapas e registrar o caminho percorrido, guiando-nos por referenciais legados pelos que nos antecederam, mas, sobretudo, inspirados pelas inúmeras perguntas que nossos alunos nos fazem ao ingressar no curso e cujas respostas estamos construindo juntos.

O que é o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde? Como surgiu essa proposta, em que contexto e por quê? Como foi elaborado e como está sendo implantado o projeto? Que desafios o BI está enfrentando para se institucionalizar na UFBA? Que resultados estão sendo alcançados? Que mudanças o BI em Saúde pode produzir na formação de pessoal na área de Saúde? Como o BI em Saúde se articula com os cursos profissionais da área? Quais as perspectivas dos egressos do BI em Saúde com relação ao mercado de trabalho no setor?

Essas e muitas outras perguntas nos inquietaram e nos motivaram a avançar. Pensando no que acumulamos ao longo desse período, surgiu a ideia de organizar este livro, reunindo algumas das reflexões que fizemos no percurso, aproveitando para sistematizar parte das experiências pedagógicas que temos realizado nas salas de aula e além delas.

Desse modo, o livro está organizado em três partes, a primeira contendo três capítulos que abordam diversos aspectos do processo político-institucional de criação e implantação do BI em Saúde, a segunda reunindo um conjunto de trabalhos que discutem resultados de pesquisas e experiências inovadoras de ensino no âmbito do BI em Saúde, e a terceira, reunindo relatos de experiências desenvolvidas em Atividades Curriculares em Comunidades e projetos de extensão, executados em conjunto por professores e alunos do BI em Saúde.

O primeiro capítulo, de autoria coletiva, contempla uma análise do contexto em que surgiu a proposta de criação do BI em Saúde, no período 2005–2008, destacando inicialmente o cenário da formação de pessoal em saúde no Brasil e, em seguida, o contexto institucional em que foi proposta e viabilizada a criação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar na UFBA.

O segundo capítulo, de nossa autoria, parte inicialmente de uma caracterização geral da proposta aprovada pelo Conselho Universitário em 2008, para, em seguida, descrever o processo de construção do projeto pedagógico do BI em Saúde, explicitando as decisões adotadas quanto ao desenho curricular de modo a se manter, na medida do possível, a coerência com os princípios e diretrizes gerais.

O terceiro capítulo, também de nossa lavra, traz a descrição do processo de implantação do curso no período 2009–2011, destacando vários aspectos que foram desenvolvidos, ou seja, a conformação do corpo docente, a análise do perfil dos alunos, a composição e atuação do Colegiado do curso na gestão e no planejamento acadêmico, a execução do projeto pedagógico e o debate em torno da articulação entre o BI em Saúde e os cursos profissionais.

Os textos incluídos na segunda parte descrevem e analisam várias das inovações introduzidas em alguns dos componentes curriculares obrigatórios e optativos e nas práticas pedagógicas acopladas a projetos de pesquisa e extensão que foram realizados pelos docentes e alunos do BI em Saúde, em vários espaços, no período 2009–2011.

Em todos esses textos, observa-se a problematização constante das concepções de saúde presentes no senso comum e em diversas disciplinas das ciências biológicas e sociais, as quais informam as práticas realizadas no “campo da saúde”, isto é, no conjunto de instituições do sistema de serviços de saúde, público ou privado, no espaço doméstico, escolas, comunidades, ambientes de trabalho, prisões e mesmo no espaço virtual e midiático, emergente na contemporaneidade, tema dos textos apresentados na terceira parte desta coletânea.

Nessa perspectiva, o quarto capítulo, de autoria coletiva sob a coordenação de uma das organizadoras, Maria Thereza Coelho, apresenta e discute os resultados da pesquisa realizada junto aos alunos da primeira turma, objetivando conhecer a autopercepção quanto ao seu estado de saúde e/ou doença, bem como as suas ações de manutenção da saúde e buscas terapêuticas. Com isso, oferece-se aos docentes envolvidos na realização do curso, uma “linha de base” para o debate acerca do caráter histórico e socialmente determinado da Saúde, entendida em suas múltiplas dimensões, de estado de saúde, modo de andar a vida, direito humano, ações e serviços institucionalizados e prática social que constitui sujeitos, entre os quais os alunos do BI em Saúde.

O quinto capítulo, de autoria de Luiz Augusto Vasconcelos da Silva e Adriana Pimentel, relata a experiência desenvolvida na *Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde*, componente curricular que dá continuidade ao aprendizado desenvolvido pelos alunos do BI para a apropriação e aperfeiçoamento de habilidades específicas no manejo da linguagem científica e técnica comumente utilizada no campo da saúde. Os autores problematizam a experiência desenvolvida durante o curso à luz da reflexão teórica na área de linguística e semiótica, apontando limites e possibilidades de um espaço pedagógico voltado ao desenvolvimento da capacidade do estudante em reconhecer e produzir textos nas diferentes modalidades/gêneros mais utilizados no campo da saúde.

Em seguida, Naomar de Almeida Filho e Vanessa Prado discutem as bases epistemológicas das ciências, a partir do trabalho realizado no componente curricular *Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde*, componente curricular optativo, oferecido a partir de 2010 aos alunos do Bacharelado Interdisciplinar. Além do conteúdo inovador, centrado na abordagem de temas e autores da Epistemologia em geral e leitura orientada de clássicos da epistemologia particular do campo da Saúde, destaca-se o enfoque pedagógico adotado no curso, com larga utilização de filmes que abordam a vida e obra de grandes autores e vídeos contendo documentários e entrevistas com professores de sociologia, filosofia e história das ciências.

No sétimo capítulo, Vlândia Jucá apresenta o componente curricular *Modelos Assistenciais em Saúde Mental*, espaço de reflexão crítica sobre o modelo manicomial e o modelo substitutivo preconizado pela política que rege a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e o desenvolvimento de uma Atividade Curricular em Comunidade (ACC) focada na divulgação e problematização

dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental. Em ambas as atividades destacam-se o uso criativo de recursos literários e artísticos, como forma de sensibilização dos alunos e demais participantes para os temas abordados, a exemplo de contos, romances, biografias, filmes, literatura de cordel e teatro.

O capítulo seguinte traz o relato da experiência desenvolvida com a implantação do componente curricular optativo *Racionalidades em Saúde, Sistemas Médicos e Práticas Alternativas*. Partindo da revisão de estudos antropológicos e sociológicos acerca das racionalidades em saúde, os autores, docentes do curso, apontam a crescente demanda da população por práticas complementares às oferecidas pelo sistema de saúde oficial e expõem os resultados dos seminários realizados pelos alunos sobre os objetos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, discutindo a pertinência da inclusão desta temática no âmbito do BI em Saúde.

O nono capítulo, de autoria de Adriana Pimentel, aborda a relação entre saúde e cidade do ponto de vista de alguns autores que se debruçaram sobre esta temática, bem como apresenta uma proposta de desenvolvimento do componente curricular optativo *Saúde e Cidade* que vem sendo oferecido aos alunos do BI em Saúde em conjunto com o BI de Humanidades. Com base na experiência acumulada no curso, a autora analisa a construção do conhecimento acerca da cidade de Salvador e a reflexão desenvolvida com os alunos sobre as situações enfrentadas pelas pessoas que nela residem particularmente no que se refere ao cenário atual da saúde.

O décimo capítulo, elaborado por Marcos Ribeiro e Carmen Teixeira, descreve a introdução da *Saúde da População Negra* no elenco dos componentes curriculares optativos do BI em Saúde, destacando a relevância deste fato, em função do reconhecimento da problemática específica desse segmento populacional tanto pela comunidade acadêmica, quanto pelas autoridades políticas do sistema de saúde, como parte do amplo movimento em torno da Promoção da Igualdade Racial e da luta contra a discriminação e o racismo no país. O texto apresenta os objetivos, conteúdo e metodologia do curso, destacando o trabalho desenvolvido pelos alunos a partir da identificação dos principais problemas de saúde que afetam a população negra em Salvador, cidade com cerca de 80% da população composta por afrodescendentes, e de pesquisa sistemática, na mídia, de informações acerca da ocorrência e distribuição destes problemas, a exemplo da violência contra as

mulheres e adolescentes negros e pobres, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e do racismo institucional.

Iniciando o conjunto de capítulos colocados na terceira parte desta coletânea, Maria Thereza Coelho e uma equipe de alunos do BI em Saúde, envolvidos na atividade de extensão “*AIDS: educar para desmitificar*” relata o trabalho desenvolvido durante o período 2009-2011. Elaborado desde o primeiro ano de implantação do BI em Saúde, este projeto tem por objetivo veicular informação desnuda de preconceito, produzir reflexões a respeito dos aspectos socioculturais inerentes ao HIV/AIDS, levantar dados, realizar debates sobre comportamentos sexuais e esclarecer dúvidas referentes a esta doença em vários espaços. Embasado em uma reflexão crítica sobre Educação em saúde, o texto descreve como o projeto diversificou os espaços de diálogo inicialmente dentro da própria UFBA, depois em escolas públicas de nível médio em Salvador, para, por fim, desdobrar-se em uma ACC com detentos do sistema prisional da capital baiana intitulada *Educação em Saúde no Sistema Prisional*.

O capítulo seguinte, novamente de Adriana Pimentel, discute “Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias”, experiência de extensão universitária iniciada em fevereiro de 2011, que conta com a participação de 21 alunos dos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde, Humanidades e Ciência e Tecnologia. A autora descreve as origens do projeto, fundado em sua pesquisa de doutorado sobre práticas culturais juvenis, e apresenta os objetivos, metodologia e atividades realizadas até o momento. Ressalta a intenção de promover espaços de práticas artístico-culturais, esportivas e de interlocução política junto aos jovens, processo que extrapola o campo da saúde, porém pretende, também, incidir sobre a melhoria das condições de vida e saúde dos sujeitos envolvidos.

O décimo terceiro capítulo, por sua vez, relata a experiência dos alunos do BI em Saúde que se inseriram no programa “Permanecer SUS”, fruto da parceria estabelecida entre a UFBA e a SESAB para viabilizar a permanência de estudantes em situação de vulnerabilidade social na instituição. Trata-se de um estágio não obrigatório, mediante o qual os estudantes prestam serviços ao SUS, desenvolvendo atividades de acolhimento aos usuários de serviços de saúde, recebendo, além de capacitação e supervisão, uma remuneração mensal. Maria Caputo e Renata Vêras, juntamente com três alunos, caracterizam a proposta e descrevem a experiência que envolveu cerca de 40 estudantes do

BI em Saúde, os quais atuaram em várias unidades da rede estadual de serviços de saúde localizada em Salvador durante o ano de 2011.

O capítulo seguinte, de autoria coletiva, relata o desenvolvimento de “Ações Interdisciplinares para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos moradores em situação de rua atendidos no Projeto Levanta-te e Anda”, sob coordenação de Renata Vêras. Trata-se de uma ACC integrada a um projeto assistencial desenvolvido na Igreja São Francisco de Paula, situada no bairro Água de Meninos, Cidade Baixa, que funciona como um espaço de acolhimento diurno para a população em situação de rua. Nesse espaço, a equipe do projeto, incluindo 14 estudantes do BI em Saúde, realizou ações interdisciplinares de promoção da saúde e prevenção de doenças durante o ano de 2011, experiência singular que provoca a reflexão sobre os determinantes e estratégias de intervenção sobre a exclusão social.

Anamélia Lins e Silva Franco, atual coordenadora do BI em Saúde, relata, no capítulo intitulado “Participação dos alunos do BI em Saúde em uma roda de apoio à gestação: o Grupo Maternar” a experiência desenvolvida na Maternidade Escola Climério de Oliveira, durante o ano de 2011, com gestantes de alto risco acompanhadas nos serviços de pré-natal. Essa atividade, que envolveu alunos de diversos cursos da área de saúde, inclusive alunos do BI em Saúde, busca estimular um processo de empoderamento das mulheres que vivenciam o período de gravidez, destacando a produção de conhecimentos sobre as mudanças corporais, comportamentais e sociais que ocorrem nesse período, utilizando-se diversas técnicas, inclusive a realização de fotografias que registram a evolução do processo.

O último capítulo dessa terceira parte, de autoria de Maria Caputo, David Rios e Karla Hegouet, relata a participação dos alunos do BI em Saúde nas Conferências Municipais e na Conferência Estadual de Saúde da Bahia, em 2011, ressaltando o significado desta experiência para a apropriação de conhecimentos acerca das estratégias de gestão participativa do SUS, ao tempo em que destaca a importância desse processo para o desenvolvimento da consciência de cidadania dos próprios alunos, coerentemente com os objetivos do curso, expressos no perfil de competências esperadas dos egressos.

Por último, cabe informar aos leitores que, no momento em que estávamos concluindo a organização do livro, aconteceu a cerimônia de formatura da primeira turma, constituída pelos alunos que ingressaram em 2009. Nessa ocasião, fomos presenteados com os discursos proferidos pelos oradores da

turma, Iracerra Almeida de Lima Barreto e Milena Araújo Silva Sá, bem como pelo discurso do paraninfo, prof. Naomar de Almeida Filho. Considerando o conteúdo e o significado histórico e político desse evento, convidamos nossos oradores a disponibilizarem seus discursos para publicação nesta coletânea, ao que todos aquiesceram prontamente. Com isso, decidimos agregar os discursos como Posfácio 1, 2 e 3, encerrando, assim, orgulhosamente, o registro da longa travessia que realizamos juntos até este momento.

Esperamos que este livro contribua para um maior conhecimento dos princípios e propostas que caracterizam os cursos de Bacharelado Interdisciplinar, especificamente o BI em Saúde, bem como auxilie na difusão das lições que estamos aprendendo juntos no processo de construção do curso, servindo, quem sabe, como inspiração para os que, inquietos e inconformados, buscam criar alternativas para o futuro de nossa Universidade e da Sociedade brasileira.

As organizadoras

## PRIMEIRA PARTE

---





# Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar

---

Marcelo Nunes Dourado Rocha  
Maria Constantina Caputo  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Renata Meira Véras  
Carmen Fontes de Souza Teixeira

## Introdução

A Universidade brasileira tem se constituído, nos últimos anos, em cenário de um amplo debate em torno da necessidade e das possibilidades de mudança face à crise e aos desafios colocados pelas intensas transformações científicas e tecnológicas que caracterizam o mundo contemporâneo, com repercussões no mundo do trabalho e na vida cotidiana.

De fato, o processo de globalização da economia, planetarização da política e mundialização da cultura (DREYFFUS, 1997) vêm se desdobrando também no âmbito acadêmico, gerando reflexões e propostas de mudança nas políticas e na organização da atividade universitária em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. (ALMEIDA FILHO, 2007a, 2007b; MORIN, 2001, 2002, 2003, 2005; SANTOS, 1997, 2005; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008)

Os principais aspectos críticos apontados nesses estudos com relação ao ensino universitário dizem respeito à vigência de um modelo de formação superior que enfatiza a profissionalização precoce, com perda de autonomia das instituições acadêmicas face às pressões e tendências do mercado de trabalho, o qual, na medida em que passa por intensas transformações, torna rapidamente obsoletas as competências e habilidades específicas adquiridas nos

cursos profissionais. Em vista disso, as propostas de mudança no modelo de formação enfatizam a necessidade de se promover a capacidade de “aprender a aprender” (MORIN, 2005), defendendo a incorporação de mudanças não só no modelo de formação senão que no processo de ensino-aprendizagem.

O debate em torno dessas ideias no Brasil, especialmente no âmbito da Universidade Federal da Bahia (UFBA) nos últimos anos, tem gerado a elaboração de propostas de transformação da arquitetura acadêmica da instituição, com a reformulação da oferta de cursos e a reflexão em torno das possibilidades de introdução de mudanças nos projetos e nas práticas pedagógicas, visando a superação das limitações dos currículos vigentes.

Este capítulo trata de caracterizar esse contexto e descrever a elaboração e aprovação das propostas de mudança na UFBA, que contemplaram, entre outros projetos, a criação dos Bacharelados Interdisciplinares, em especial o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI em Saúde) e a implantação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, na gestão do Reitor Naomar de Almeida Filho, especialmente o período compreendido entre 2006 e 2008.

Inicialmente apresentamos uma breve revisão da situação e tendências da formação superior em saúde no Brasil, cenário onde se projeta a criação e implantação do BI em Saúde. Em seguida, tratamos de analisar a emergência da proposta UFBA Nova, mais adiante denominada Universidade Nova, e discutimos o processo de construção da proposta de adesão da UFBA ao Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI). Por fim, apresentamos a formalização do “projeto pedagógico original” dos Bacharelados Interdisciplinares na sua versão apresentada e aprovada no Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CONSEPE), em julho de 2008.

## **Formação de pessoal em Saúde no Brasil: tendências e desafios**

A problemática da formação de pessoal em saúde vem sendo estudada por vários pesquisadores, encontrando-se grande número de trabalhos que abordam distintos aspectos do tema, quer discutindo a relação entre os processos de formação e as tendências do mercado de trabalho no setor, quer analisando processos de mudança no ensino das diversas profissões de saúde, ou ainda discutindo aspectos específicos do processo de formação de pessoal nos diversos níveis educacionais, isto é, no nível superior, técnico ou elementar.

Não cabe aqui uma revisão extensa desses estudos, importando destacar as tendências e desafios que se apresentam atualmente no âmbito da formação superior na área, identificando os modelos de formação vigentes e suas limitações diante das demandas e necessidades que se apresentam no campo da saúde, particularmente no que diz respeito à constituição de sujeitos capazes de contribuir para a necessária transformação das práticas de saúde e da organização e gestão dos sistemas e serviços.

Nesse sentido, cabe ressaltar a relevância de se tomar, como referencial para a compreensão dessas tendências, o que vem se passando no âmbito dos sistemas de serviços de saúde, ou seja, a dinâmica configurada pela justaposição do processo de reforma do sistema público materializado na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2011) e suas relações com a recomposição do setor privado – SAMS,<sup>1</sup> operada através da intensa mercantilização dos serviços de saúde nas últimas décadas. (BAHIA, 2005; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008)

A reorientação das políticas e as mudanças na economia da saúde, ou seja, da forma de intervenção do Estado sobre a organização e gestão dos serviços, e as mudanças na produção, distribuição e consumo dos mesmos, induzidas pelos interesses do mercado no setor têm gerado mudanças significativas na organização do processo de trabalho em saúde, afetando, direta e indiretamente, a formação dos profissionais (de nível superior) e dos trabalhadores de saúde em geral.

Observa-se assim, uma tendência à fragmentação do processo de trabalho e a diversificação das formas de inserção dos profissionais no mercado, cuja contrapartida, tem sido, de um lado, a reorganização do trabalho com tendência à formação de equipes multiprofissionais, ao tempo em que se acentua a tendência à multiplicação de vínculos empregatícios. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004; PIERANTONI et al., 2008)

Em outras palavras, vem ocorrendo um processo de desqualificação técnica e desvalorização social do trabalho em saúde, ao qual os diversos atores envolvidos, gestores públicos e privados, profissionais e trabalhadores tentam se contrapor, desenvolvendo distintas estratégias, que vão da

---

1 Sistema de Assistência Médico-Supletiva, composto por várias modalidades de organização da prestação de serviços, que tem financiamento privado (através de planos e seguros de saúde) e acesso limitado aos segurados, em contraposição ao SUS, cujo financiamento é público e o acesso é universal, a todos os cidadãos. Ver Paim, J. S. (2008, 2011).

formulação e implementação de políticas de “gestão do trabalho” aos movimentos de caráter corporativo, em defesa de melhorias de condições de trabalho e remuneração.

Desse contexto, marcado pelo conflito de interesses entre os vários atores políticos e sociais, fazem parte as instituições responsáveis pela formação de pessoal, notadamente as universidades, bem como as instituições empregadoras de mão de obra em saúde, tanto as estatais quanto as privadas.

No que diz respeito às universidades, estudos sobre a formação de nível superior apontam a extraordinária expansão do número de escolas e de cursos na área de saúde, notadamente no setor privado, constatando-se que esta expansão vem se dando de modo desigual, dado a existência de fortes movimentos de “reserva de mercado” por parte de algumas categorias profissionais. Assim, observa-se resistência à expansão dos cursos e vagas na formação médica, enquanto se deu uma enorme expansão na área de Psicologia e Enfermagem, que anualmente lançam milhares de novos profissionais ao mercado de trabalho. (HADDAD et al., 2010)

Do ponto de vista das mudanças internas aos cursos, verifica-se uma tendência ao desencadeamento de reformas curriculares, movimento estimulado, inclusive, pela aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Superior (BRASIL, 1996), que confere liberdade às instituições de ensino para o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. Nessa perspectiva, ocorreu a substituição do antigo “currículo mínimo” pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que propõem a introdução de conteúdos que reflitam o avanço científico e tecnológico em cada área e induzem a articulação das instituições de ensino superior (escolas e cursos) com a sociedade e o mercado.

Na área da Saúde, especificamente, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação (competências, habilidades e valores) dos profissionais para a inserção no Sistema Único de Saúde, o que tem propiciado certo esforço por parte das coordenações e colegiados de cursos em aproximar o processo ensino-aprendizagem aos serviços públicos de saúde. (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005) Trata-se, em muitos casos, de organizar uma prática que, de certo modo, é constitutiva da formação de pessoal em saúde, na medida em que o aprendizado se dá não apenas no chamado “modo escolar”, senão que “em serviço”, na prática. Tais processos, ou seja, a institucionalização de estágios e “vivências” vem sendo, inclusive, estimulados pelas

instituições públicas que se constituem em empregadoras dos futuros profissionais, estabelecendo-se até certa “competição” com os estágios realizados, formal e informalmente, em instituições privadas de saúde.

Também se constata esforços realizados pelas instituições gestoras do sistema de saúde, especialmente o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde, em desenvolver políticas de educação permanente e gestão do trabalho, que contemplem a readequação dos perfis profissionais às necessidades derivadas da mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, particularmente o esforço de expandir a atenção básica com o PSF, ao tempo em que se implementa políticas de valorização do trabalhador e de humanização da atenção. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004; PIERANTONI et al., 2008; PINTO; TEIXEIRA, 2011)

Apesar de tudo isso, é forçoso admitir que o perfil (científico-técnico e ético-político) dos profissionais formados continua predominantemente direcionado à reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, que subsiste mesmo ao interior do SUS (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2010), o que em parte deriva da permanência de um modelo de formação superior que enfatiza a profissionalização, com tendência cada vez maior à especialização e subespecialização de competências e habilidades.

Ainda que se considere a complexidade do processo de formação de pessoal em saúde, e as múltiplas determinações que incidem sobre as escolhas e trajetórias dos sujeitos que decidem ingressar no ensino superior com o propósito de se qualificar neste campo, é importante lembrar que as instituições universitárias detêm certa autonomia, e podem (e devem) desenvolver processos de mudança em sua configuração acadêmica e em suas práticas de ensino, pesquisa e extensão, de modo a oferecer alternativas de formação à sociedade. Nessa perspectiva é que se coloca o processo de elaboração e implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, um dos quais o Bacharelado Interdisciplinar de Saúde na UFBA, cujos antecedentes passamos a descrever.

## **UFBA Nova: antecedentes da proposta de criação dos Bacharelados Interdisciplinares**

Desde a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação em 1996, diversas iniciativas têm indicado a necessidade de aperfeiçoamento e reformulação

da educação superior no Brasil.<sup>2</sup> Com esse propósito, no dia 12 de junho de 2006, ainda no governo Lula, foi encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.200 visando, por um lado, estabelecer as normas gerais da educação superior e, por outro lado, regular a educação no sistema federal de ensino (Figura 3).

Em paralelo, no âmbito da Universidade Federal da Bahia, a reeleição, em maio de 2006, da equipe gestora que conduzira a Reitoria no quadriênio 2002–2006, representou o interesse da comunidade universitária em intensificar e aprofundar o debate em torno do processo de reestruturação da UFBA. Nesse sentido, as diretrizes programáticas contidas no Plano de Ação vitorioso no pleito de 2006 indicavam, claramente, a direcionalidade pretendida para esse processo: a) renovação e integração do ensino de graduação e pós-graduação; b) ênfase na pesquisa, criação e inovação; c) reafirmação do compromisso social, redefinindo o conceito de extensão; d) modernização administrativa com gestão participativa.

Logo após a posse em agosto de 2006, a pedido da Reitoria e com aprovação dos Conselhos Superiores, constituiu-se uma comissão para revisão do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), com destaque para a necessidade de revisão da arquitetura acadêmica vigente na UFBA. Com esse propósito específico, foram convidados a contribuir docentes e pesquisadores com reconhecida experiência e interesse pela temática. Ao mesmo tempo, a Pró-Reitoria de Ensino de Graduação, com assessoria de uma Comissão Técnica nomeada pelo Reitor, responsabilizou-se pela avaliação dos aspectos legais, pedagógicos e operacionais da proposta de reestruturação acadêmica.

Já em setembro daquele ano o projeto denominado UFBA Nova foi formalmente apresentado ao Conselho Universitário e ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. (UFBA, 2010) O texto apresentado, embora se constituísse em versão preliminar, contemplava uma revisão histórica e conceitual da instituição universitária e das raízes da educação superior no Brasil, com destaque para os modelos de formação vigentes no mundo. Além disso, continha uma descrição geral da proposta dos Bacharelados Interdis-

---

2 Mais recentemente, podemos citar como exemplos: Diagnóstico da Educação Superior realizado no âmbito do Programa Universidade XXI (2003), Proposta da ANDIFES para a reestruturação da Educação Superior no Brasil (2004), anteprojeto de lei encaminhado ao Presidente da República pelo Ministro da Educação Tarso Genro em 29 de julho de 2005, Referenciais Orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares. (BRASIL, 2010)

ciplinares, com a explicitação da estrutura curricular e mecanismos de ingresso, a análise de viabilidade comparativa com base em três cenários de expansão da educação superior pública na rede federal, bem como a análise do impacto da sua implantação, em termos financeiros, administrativos e educacionais.

Conscientes dos limites na proposta encaminhada pelo governo federal através do Projeto de Lei 7200/06,<sup>3</sup> e buscando superar as lacunas identificadas, o projeto UFBA Nova em seu diagnóstico da situação atual da educação superior no Brasil apontava para a necessidade de se enfrentar os seguintes problemas (UFBA, 2006, p. 15):

1. Excessiva precocidade nas escolhas de carreira profissional;
2. Seleção limitada, pontual e 'traumática' para ingresso na graduação;
3. Elitização da educação universitária;
4. Viés mono disciplinar na graduação, com currículos estreitos e bitolados;
5. Enorme fosso entre graduação e pós-graduação;
6. Programas de ações afirmativas com data de validade;
7. Incompatibilidade quase completa com modelos de arquitetura acadêmica vigentes em outras realidades universitárias, especialmente de países desenvolvidos, conforme revisado antes.

Reconhecidamente inspirado no movimento da Escola Nova conduzido por Fernando de Azevedo e Anísio Teixeira, na década de 1920, e mais concretamente nas experiências inovadoras conduzidas pelo último na criação da Universidade do Distrito Federal (UDF), no Rio de Janeiro, em 1935, e da Universidade de Brasília (UnB), em 1961, o projeto UFBA Nova propunha como principal objetivo a reestruturação da graduação através da implantação do regime de ciclos de formação (Figura 2). Dessa forma, propunha a compatibilização da arquitetura acadêmica brasileira tanto com o Modelo Norte-Americano (de origem flexneriana), quanto com o Modelo

---

3 O seguinte trecho ilustra claramente a percepção acerca do PL 7200: "Lamentavelmente, o PL da Reforma Universitária não contempla propostas significativas de mudanças no atual modelo de formação acadêmica, seja no nível da graduação, pós-graduação ou de quaisquer modalidades de educação superior previstas na legislação em vigor. O seu foco se concentra em mecanismos regulatórios, administrativos e de financiamento para as Instituições de Ensino Superior, com a dimensão acadêmica reduzida à possibilidade de inclusão de um ciclo de estudos gerais no início dos cursos de graduação, no seu artigo 44, parágrafo 4º." (UFBA, 2007, p. 9)



Unificado Europeu (iniciado com o processo de Bolonha), pela transformação do atual modelo num regime de três ciclos, assim definidos (UFBA, 2006, p. 20, grifo nosso):

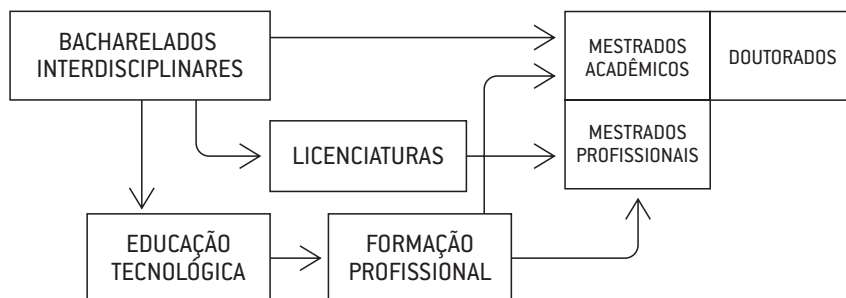
**Primeiro Ciclo:** Bacharelados Interdisciplinares (BI), propiciando formação universitária geral, como pré-requisito para progressão aos ciclos seguintes;

**Segundo Ciclo:** Formação profissional em licenciaturas ou carreiras específicas;

**Terceiro Ciclo:** Formação acadêmica científica ou artística da pós-graduação.

De acordo com o desenho proposto, os novos cursos de graduação denominados Bacharelados Interdisciplinares (BI) foram compreendidos como o primeiro ciclo do processo de formação superior, em caráter não profissionalizante. Essa transformação da arquitetura acadêmica considerou que os BI podem exercer uma dupla função, constituindo-se tanto em cursos de graduação com terminalidade própria para o exercício de funções e atividades que não requeiram formação profissional específica, quanto em etapa preparatória para a continuidade dos estudos nas etapas de formação profissional e acadêmica.

Figura 1 – Arquitetura curricular da Universidade Nova



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares, 2008a [adaptado].

## Da proposta UFBA Nova ao movimento Universidade Nova

O amadurecimento interno em torno da proposta UFBA Nova estimulou a equipe dirigente a ampliar a discussão buscando envolver interlocutores externos ao contexto local da própria universidade. A primeira oportunidade ocorreu logo em setembro de 2006 na reunião da Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Educação Superior (ANDIFES), realizada em Recife, seguida de apresentação ao Ministério da Educação em outubro de 2006. A significativa ampliação da base de sustentação da proposta suscitou a revisão do documento inicial pela equipe da UFBA. A versão revista e ampliada, já sob a denominação de Universidade Nova, foi novamente apresentada na reunião da ANDIFES realizada em outubro do mesmo ano.

A fim de subsidiar o debate em torno das propostas de reestruturação curricular, a ANDIFES promoveu e o Ministério da Educação apoiou, por intermédio da Secretaria de Ensino Superior (SESU), a realização, em duas edições, do Seminário Nacional da Universidade Nova. A primeira delas, em dezembro de 2006, na Universidade Federal da Bahia, e a segunda, na Universidade de Brasília, em março de 2007.

Antes mesmo que o PL 7200/06 tivesse sua tramitação concluída no Congresso Nacional, o governo federal instituiu, em abril de 2007, por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.096/07, o Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI). Esse programa foi elaborado com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência dos alunos na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes, respeitando, entretanto, a autonomia universitária, as características particulares e a diversidade institucional do sistema federal de ensino. Os resultados almejados previam a elevação gradual da taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais para noventa por cento e da relação de alunos de graduação em cursos presenciais por professor para dezoito, ao final de cinco anos, a contar do início de cada plano. (BRASIL, 2007a)

As diretrizes do REUNI contemplavam as seguintes dimensões:

- Redução das taxas de evasão, ocupação de vagas ociosas e aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno;

- Ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos que possibilitem a construção de itinerários formativos, mediante o aproveitamento de créditos e a circulação de estudantes entre instituições, cursos e programas de educação superior;
- Revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade;
- Diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializadas;
- Ampliação de políticas de inclusão e assistência estudantil;
- Articulação da graduação com a pós-graduação e da educação superior com a educação básica.

Em observância ao art. 1º §2º do Decreto 6.096/2007, em 25 de junho de 2007, foi nomeado, pela Portaria nº 552 SESU/MEC, o Grupo Assessor responsável pela elaboração das normas complementares à operacionalização do REUNI. Após incorporar várias sugestões de mudança encaminhadas pela ANDIFES e pelos representantes do conjunto das instituições federais de ensino superior (IFES), foi divulgado, em 16 de agosto de 2007, o documento intitulado “Diretrizes Gerais do REUNI”, contemplando a definição de diretrizes e indicadores para apresentação dos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais.

## A proposta de inclusão da UFBA no REUNI

O Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), estabelecido pelo Decreto nº 6.096/07, propiciou condições para a ampliação física e reestruturação pedagógica do sistema federal de educação superior, contribuindo, no âmbito da Universidade Federal da Bahia, para a introdução de propostas de mudança em sua arquitetura acadêmica e sua configuração institucional. Em termos práticos, o REUNI representou uma verdadeira “janela de oportunidade” (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995), ao propiciar as condições para implementação das inovações contidas no projeto Universidade Nova, em discussão na UFBA desde 2006.

Ainda que o prazo definido, para que as universidades interessadas em participar do Programa já a partir de 2008 apresentassem suas propostas

fosse bastante limitado,<sup>4</sup> o processo de formulação do Plano REUNI/UFBA implicou num amplo movimento de construção coletiva envolvendo, por um lado, a divulgação de documentos preliminares, minutas de anteprojeto e termos de referência para consulta pública em listas de discussão e, por outro lado, a consulta às unidades universitárias sobre o interesse em participar da proposta de adesão e adequação ou não de seus cursos ao novo regime, tendo os BI como o primeiro ciclo. (UFBA, 2007)

Em termos de participação, de um total de 30 unidades acadêmicas, 26 se manifestaram favoráveis à adesão e contribuíram para a elaboração do documento-base do REUNI/UFBA. “Apenas as escolas de Teatro e de Belas Artes e as Faculdades de Medicina e de Educação rejeitaram a proposta de adesão da UFBA ao REUNI.” (UFBA, 2010, p. 162)

Em termos de reestruturação da arquitetura acadêmica, o acordo firmado em torno do Plano REUNI/UFBA determinou uma implantação parcial da proposta Universidade Nova e, conseqüentemente, do regime de ciclos, pois, se por um lado possibilitou a implantação do primeiro ciclo com a criação dos BI, por outro lado manteve o ingresso direto nos tradicionais cursos profissionalizantes de progressão linear, pelo processo seletivo do vestibular. Essa possibilidade de ingresso poderia ser flexibilizada, podendo prever gradativa transição de ao menos parte de suas vagas para ingresso através dos BI, de acordo com cronograma específico de implantação das reformulações curriculares. (UFBA, 2007)

A decisão final acerca do ingresso da UFBA no REUNI foi aprovada pelo Conselho Universitário (CONSUNI), em reunião extraordinária realizada em 19 de outubro de 2007, por 28 votos favoráveis em um universo de 33 votantes. No cômputo total, o processo de elaboração da proposta consumiu 15 meses. Nesse período foram realizadas 212 atividades para apresentação, discussão, aperfeiçoamento e formalização da proposta, envolvendo ainda três consultas públicas no ano de 2007, realizadas em listas eletrônicas de discussão interna, contando com a participação de mais de 300 colaboradores de dentro e de fora da UFBA. (UFBA, 2010)

Em sintonia com os princípios e orientações gerais do REUNI, dentre as dimensões contidas no projeto REUNI/UFBA, o Memorial da Universidade

---

4 Foi definido, através do documento “Diretrizes Gerais do REUNI”, divulgado em 16 de agosto de 2007, que o prazo para encaminhamento das propostas encerraria em 29 de outubro de 2007.

Nova 2002 – 2010 (2010) destaca o seguinte conjunto de metas assumidas junto ao governo federal:

- Implantação de 28 novos cursos de graduação;
- Abertura de 21 novas turmas de cursos existentes;
- Ajuste de 22 cursos existentes ao REUNI;
- Abertura de 16 turmas de Licenciaturas Especiais;
- Implantação de sete Cursos de Educação Superior Tecnológica;
- Implantação de quatro Bacharelados Interdisciplinares.

Além disso, a UFBA comprometeu-se em elevar a relação aluno/professor de 11,7/1 para 18/1, criar 4.510 novas vagas em cursos de graduação com previsão de oferta de 2.000 vagas para ingresso pelos BI, sendo metade delas disponibilizadas no horário noturno. De modo geral, a estimativa global de aumento de vagas nos cursos de graduação da UFBA foi estabelecida em 17.051 matrículas, correspondendo a 83 % de crescimento em relação a 2007. (UFBA, 2007)

## A “proposta original” dos Bacharelados Interdisciplinares e a criação do IHAC

Em julho de 2008, a Câmara de Graduação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFBA apreciou o projeto pedagógico para implantação de quatro cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI): Ciência e Tecnologia, Humanidades, Artes e Saúde. De acordo com a proposta aprovada, os BI constituem

[...] uma modalidade de curso de graduação que se caracteriza por agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento num dado campo do saber, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para aprendizagem ao longo da vida bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões. Também provê fundamentos conceituais e metodológicos para a formação profissional em cursos de graduação que o adotem como primeiro ciclo. (UFBA, 2008a, p. 12)

Com efeito, o BI pode ser definido como curso universitário de formação geral, de natureza interdisciplinar, com terminalidade própria, entendido

como preparação para o ingresso em cursos profissionais de progressão linear, ou para a formação acadêmica de pós-graduação humanística, científica ou artística, ou, ainda, para o ingresso no mercado de trabalho em ocupações que não exijam formação profissional específica.

O projeto político-pedagógico dos BI estabeleceu ainda cinco princípios norteadores para a construção dos currículos específicos nas grandes áreas do conhecimento (UFBA, 2008a, p. 22-23, grifo do autor):

- **Autonomia** – O princípio da autonomia do sujeito implica na responsabilização do indivíduo na condução do seu próprio processo de aprendizagem. Constitui-se em requisito fundamental para consolidação de sua competência de aprender a aprender. A conquista de tal competência é absolutamente necessária a profissionais que atuarão numa realidade em permanente transformação e que terão que enfrentar as novas situações e problemas que estarão sempre emergindo em suas experiências de trabalho. O conhecimento de técnicas investigativas se constitui numa importante ferramenta de aquisição dessa autonomia, bem como a aprendizagem de línguas estrangeiras.
- **Flexibilidade** – Diminuição ao mínimo necessário da exigência de pré-requisitos, favorecendo a possibilidade de escolha livre pelos alunos dos componentes a serem cursados e, como consequência, reforçando o princípio da autonomia.
- **Articulação** – Propõe a criação de componentes curriculares de natureza interdisciplinar, bem como sugere o acréscimo de outros dispositivos, de natureza integradora, tais como seminários, oficinas e laboratórios.
- **Atualização** – Revisão e atualização periódica dos componentes curriculares buscando contemplar os avanços científicos, tecnológicos, as inovações artísticas e quaisquer novidades no campo do conhecimento. A inclusão de componentes como Tópicos Especiais, Trabalho de Conclusão de Curso e Atividades Complementares são alguns exemplos de formas de atualização.
- **Inclusão das três culturas** – Os currículos dos BI deverão incluir componentes curriculares que representem e articulem os três grandes campos do conhecimento elaborado contemplando conteúdos dos campos artístico, científico e humanístico. Ademais, devem propiciar aos alunos a oportunidade de vivenciarem experiências de aprendizagem mais abrangentes e culturalmente enriquecedoras, num nível de complexidade compatível com a educação superior.

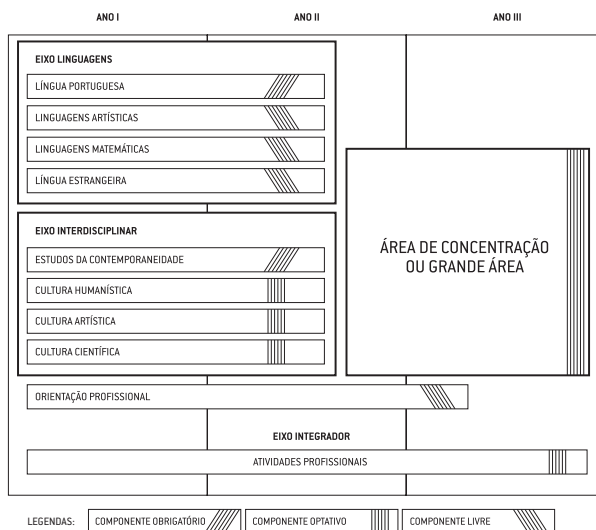
A definição das competências gerais considerou amplo levantamento realizado pelo projeto Tuning – América Latina, envolvendo 62 instituições de ensino superior, inclusive brasileiras, de 19 países. Desse modo, estabeleceu-se um

elenco genérico de capacidades, habilidades e compromissos a serem observados na construção de cada projeto político-pedagógico específico. (UFBA, 2008a)

De acordo com o documento aprovado, os BI possuem uma carga horária total de 2.400 horas e duração mínima de seis semestres. Sua estrutura curricular contempla duas Etapas de Formação e um Eixo Integrador comum (Figura 2). Cada uma das Etapas de Formação, por sua vez, está organizada em Eixos, Módulos, Blocos e Componentes Curriculares.

Segundo a Resolução do CONSEPE nº 2, de 01 de julho de 2008, os componentes curriculares podem ser classificados quanto a sua natureza em obrigatório, optativo e livre. Os obrigatórios são aqueles componentes indispensáveis à integralização do curso, cujos conteúdos são essenciais à formação pretendida, definidos no projeto pedagógico específico de cada área. Os optativos são componentes complementares cujos conteúdos configuram-se em estreita relação com a formação pretendida, mas não são individualmente indispensáveis à integralização do curso, sendo oferecidos pelo IHAC para cada área ou pelas unidades de ensino da UFBA naquela área, respeitando-se as características e os pré-requisitos quando houver. A definição livre contempla aqueles conteúdos programáticos que não guardam, necessariamente, relação direta com a formação pretendida, envolvendo todo o elenco de componentes curriculares ofertados pela UFBA. (UFBA; CONSEPE, 2008b)

Figura 2 – Estrutura curricular do Bacharelado Interdisciplinar



Fonte: UFBA. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares, 2008a.

A primeira etapa, de Formação Geral, corresponde aos três primeiros semestres do curso, podendo ser integralizada com uma carga horária mínima de 500 horas (20% do total). Tem como objetivo: “[...] garantir aquisição de competências e habilidades que permitam a compreensão pertinente e crítica da realidade natural, social e cultural.” (UFBA, 2008a, p. 29) O seu desenho é composto de três eixos:

- a) Eixo Linguagens (EL) – Organizado por módulos de componentes curriculares em: Língua Portuguesa; Língua Estrangeira; Linguagens Matemáticas e Linguagens Artísticas;
- b) Eixo Interdisciplinar (EI) – Com carga horária total de 408 horas, composto por dois módulos: Estudos sobre a Contemporaneidade e Formação nas três culturas;
- c) Eixo Integrador – Detalhado mais adiante.

A etapa de Formação Específica deve ser integralizada com o cumprimento de, no mínimo, 1.200 horas (50% do curso). Tem por finalidade: “[...] proporcionar aquisição de competências e habilidades que possibilitem o aprofundamento num dado campo do saber teórico ou teórico-prático, profissional disciplinar, multidisciplinar ou interdisciplinar.” (UFBA, 2008a, p. 32) Essa etapa varia conforme a escolha do aluno, podendo ser composta por duas modalidades alternativas: o Eixo de Orientação Profissional (EOP) e o Eixo Específico.

O primeiro eixo é constituído por um conjunto de componentes curriculares que oferece uma visão panorâmica das diversas áreas básicas do conhecimento e das carreiras profissionais, orientando o estudante na escolha madura e no desenvolvimento da sua carreira profissional. O segundo eixo pode se constituir em uma de duas opções: a Grande Área ou a Área de Concentração.

O Bacharelado na Grande Área (BGA) se caracteriza por:

[...] no máximo um terço (400 horas), componentes curriculares obrigatórios, básicos e essenciais das Artes, Humanidades, Saúde ou Ciência e Tecnologia, e o restante, de componentes optativos nas referidas áreas e disponibilizados pelas diversas unidades. (UFBA, 2008a, p. 32)

Nessa opção, o egresso, ao cursar um elenco mínimo e pré-definido de componentes curriculares na área da Saúde, não superior a 400 horas, poderá concluir seus estudos com o título de Bacharel em Saúde.



O Bacharelado na Área de Concentração (BAC) contempla a organização dos componentes

[...] como um conjunto de estudos teóricos e aplicados que tenham coerência interna e estejam a serviço da construção de um perfil acadêmico e ou ocupacional que se esgota em si mesmo. Dessa forma, não se define a partir do critério de mera antecipação dos estudos básicos de carreiras profissionais e acadêmicas, o que não exclui o cumprimento da função propedêutica de etapa inicial de estudos posteriores. Compõe-se de disciplinas e atividades necessárias ao aprofundamento em campos de saberes e práticas. (UFBA, 2008a, p. 32-33)

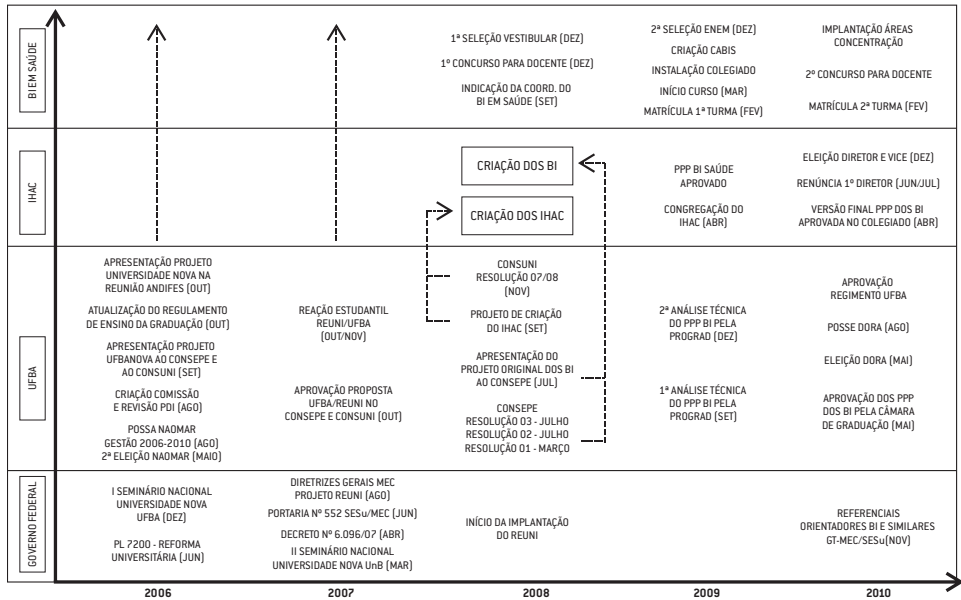
O Eixo Integrador, por sua vez, é responsável pela articulação entre as duas etapas de formação. Possui carga horária de 100 horas a ser cumprida em Atividades Complementares diversificadas e de caráter opcional, tais como: pesquisa, extensão, estágios, programas especiais, cursos livres, disciplinas de graduação e pós-graduação, Atividade Curricular em Comunidade, entre outros.

Quanto ao mecanismo de ingresso aos cursos, definiu-se que, inicialmente, se daria através do exame vestibular para a primeira turma, em 2009, e, posteriormente, este passaria a ser efetuado através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), para as turmas de 2010 em diante. Estimativas preliminares contidas no projeto original indicavam uma implantação gradual das turmas. No caso específico do BI em Saúde, a previsão era de início, em 2009, uma oferta de 100 vagas no horário noturno, aumentada progressivamente até oferecer, em 2012, 400 vagas, sendo metade delas noturnas.

No plano organizacional, o projeto REUNI-UFBA previu a criação de uma nova unidade acadêmica responsável por sediar os Bacharelados Interdisciplinares. Nesse sentido é que o CONSUNI, através da Resolução nº 7, de 3 de novembro de 2008, aprovou a criação do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC). O IHAC tem como objetivo:

fomentar uma configuração MIT (multi, inter, trans) disciplinar do conhecimento, mediante a oferta de programas interdisciplinares de graduação e pós-graduação, além da pesquisa, criação e inovação produzidas em centros de pesquisa e extensão. (UFBA, 2010, p. 182)

Figura 3 - Linha do tempo do processo de criação, formulação e implantação do BI em Saúde: 2006 – 2010.



Fonte: Marcelo Nunes Dourado Rocha e colaboradores 2013.

### Considerações finais

Pelo exposto, constata-se que a criação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde apresenta-se como uma inovação na arquitetura acadêmica da UFBA, decorrente de um processo político desencadeado no período 2005–2008, contexto da gestão iniciada em 2002, que culminou com a decisão do Conselho Universitário (CONSUNI), em 2008, decisão esta que definiu o cenário em que o BI veio a se desenvolver no período 2008-2011 (Figura 3).

Como vimos, o CONSUNI aprovou a criação do BI como uma modalidade de curso a ser implantado paralelamente à manutenção do mecanismo de ingresso tradicional (exame vestibular) aos demais cursos. O BI em Saúde, assim, se insere no conjunto de cursos de formação superior na área, com potencial de incidir sobre o perfil do conjunto de profissionais de saúde que venham a se graduar pela UFBA.

Para isso, seria necessária sua implantação e progressiva institucionalização enquanto “porta de entrada” dos candidatos ao ensino superior na área de saúde na instituição, processo desencadeado com a elaboração do

projeto pedagógico específico, com base no “projeto original” aprovado em 2008, e na implantação propriamente dita do curso, ambos descritos nos capítulos seguintes.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Editora UnB; Salvador: EDUFBA, 2007a.
- \_\_\_\_\_. As três culturas da Universidade Nova. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 5-15, jun. 2007b.
- 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. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.
- BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário oficial da União*, Brasília, 23 dez. 1996
- \_\_\_\_\_. 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*, Brasília, 25 abr. 2007a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)*. [S.l.: S.n.], 2007b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesreuni.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. *Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares*. 2010. Disponível em: <[http://reuni.mec.gov.br/images/stories/pdf/novo%20%20bacharelados%20interdisciplinares%20-%20referenciais%20orientadores%20%20novembro\\_2010%20brasil.pdf](http://reuni.mec.gov.br/images/stories/pdf/novo%20%20bacharelados%20interdisciplinares%20-%20referenciais%20orientadores%20%20novembro_2010%20brasil.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2010.
- CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 87-122.
- DREYFFUS, R. *A época das perplexidades: mundialização, globalização e planetarização: novos desafios*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. 350 p.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.
- KINGDON, J. W. *Agendas alternatives and public policies*. Boston: Addison-Wesley Longman, 1995.

- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 128 p.
- \_\_\_\_\_. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 588 p.
- \_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 177 p.
- \_\_\_\_\_. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 10. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2005. 116 p.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIM, J. S.; et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Saúde no Brasil. *The Lancet*, [S.l.], p 11-31, maio 2011.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70. v. 2.
- PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2005.
- PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.
- SANTOS, B. S. Da idéia de universidade à universidade de idéias. In: \_\_\_\_\_. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 187-233.
- \_\_\_\_\_. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade*. São Paulo: Cortez, 2005.
- SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A Universidade no século XXI: para uma Universidade nova*. Coimbra: [S.n.], 2008. 183 p.
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. E; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set./out. 2008.
- TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Desafios da formação técnica ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família, In: TRAD, L. A. (Org.) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 133-156.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). *Proposta de inclusão da Universidade Federal da Bahia no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI*. Salvador: [S.n.], 2007. 67 p.

\_\_\_\_\_. *Universidade nova: reestruturação da arquitetura curricular da educação superior no Brasil*. Salvador: [S.n.], 2006. 34 p. Minuta de anteprojeto.

\_\_\_\_\_. *Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares*. Salvador: [S.n.], 2008a. 87 p.

\_\_\_\_\_. *Resolução 02/2008*. Salvador: [S.n.], 2008b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA); CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (CONSEPE). *Memorial da Universidade Nova: UFBA 2002 – 2010*. Salvador: [S.n.], 2010. 308 p.

# A construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade

---

Carmen Fontes Teixeira

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

## Introdução

A criação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde teve suas origens no debate em torno das inovações a serem introduzidas na “arquitetura acadêmica” da UFBA, no contexto de implantação do projeto Universidade Nova, vinculado ao Plano de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), no período 2006- 2010, correspondente ao segundo mandato do Reitor Naomar de Almeida Filho. (ALMEIDA FILHO, 2007a; ROCHA et al., 2013)

Este capítulo trata especificamente do processo de elaboração do projeto pedagógico do BI em Saúde, contemplando basicamente dois momentos correspondentes, o primeiro, o período que antecedeu a implantação propriamente dita do curso, correspondente à elaboração do “Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares”, aprovado em julho de 2008, e o período compreendido entre janeiro de 2009 e maio de 2010, quando ocorreu o detalhamento do projeto pedagógico de cada BI no âmbito do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), dos referidos cursos.

Neste capítulo, portanto, descrevemos, em primeiro lugar, os passos que foram dados para a construção do “projeto original”, que serviu de referência à elaboração do Projeto pedagógico do BI em Saúde, processo descrito em seguida. Finalmente, tecemos alguns comentários acerca do processo em si e dos resultados alcançados, em termos do projeto pedagógico aprovado pelo Conselho Acadêmico de Ensino, e atualmente em vigor no âmbito do BI em Saúde.

## O “projeto original”: ponto de partida para a elaboração do Projeto Pedagógico do BI em Saúde

Em meados de 2008, o Grupo Técnico que se organizou em torno da elaboração do projeto Universidade Nova, liderado pela Reitoria, elaborou um conjunto de estudos e propostas (UFBA, 2008) contendo uma revisão dos diversos modelos de formação existentes nas universidades do mundo ocidental, notadamente nos EUA e na Europa, apontando o modelo europeu unificado, resultante do chamado “processo de Bolonha”, como referencial para a elaboração do projeto de mudança no ensino de graduação na UFBA.

Quadro 1- Modelo europeu unificado (processo de Bolonha)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro Ciclo             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacharelados gerais de três anos, etapa prévia ao...</li> </ul> </li> <li>• Segundo Ciclo             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos profissionais</li> <li>• Mestrado profissional</li> <li>• Mestrado acadêmico, etapa prévia ao...</li> </ul> </li> <li>• Terceiro Ciclo             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doutorados de pesquisa</li> </ul> </li> </ul>
--

Fonte: Almeida Filho, 2008 [adaptado].

Segundo esse modelo, o ensino superior pode ser organizado em regime de “ciclos”, sendo que os Bacharelados Interdisciplinares constituiriam o primeiro “ciclo”, de formação geral, “propedêutica”, etapa prévia (caso assim deseje o estudante), ao segundo ciclo, constituído pelos cursos profissionais (voltados para o desenvolvimento de competências e habilidades requeridas para ingresso no mercado de trabalho das diversas profissões), e pelos cursos de mestrados (profissionais e acadêmicos), etapa prévia aos cursos de doutorado.

Cabe ressaltar que essa equiparação dos BI aos cursos profissionais no que se refere ao acesso aos mestrados implica numa reformulação da concepção que predomina na cultura universitária brasileira e significa uma diversificação de possibilidades imediatas ao término dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, de acordo com a vocação do estudante. Diferencia-se, assim,

a trajetória do estudante que pretende ingressar no mercado de trabalho e do que pretende seguir carreira acadêmica como docente e pesquisador, ou como consultor numa determinada área de atuação profissional.

No caso da opção pela carreira acadêmica, o estudante pode vir a se preparar desde cedo para o exercício de atividades de pesquisa, direcionando-se, portanto, desde o curso de Bacharelado Interdisciplinar, para o envolvimento com a prática científica no âmbito acadêmico até completar seus estudos de doutorado. Este modelo prevê, portanto, maior flexibilidade e autonomia do estudante, que não precisaria subordinar-se, como ocorre atualmente, a um modelo que tendencialmente hipertrofia e valoriza quase que exclusivamente a formação profissional. (ALMEIDA FILHO, 2008)

Com este referencial em mente, o grupo encarregado de pensar a mudança do modelo e da trajetória do estudante na universidade partiu da revisão das diversas formas de preparação de pessoal no âmbito do ensino superior, em vários países, analisando especificamente o caso brasileiro, o qual apresenta uma profusão de cursos em diversos níveis, configurando-se um “modelo” (melhor dizendo, um não-modelo) resultante da agregação histórica de diversas propostas (ver o Quadro 2).

Como se pode observar, o ensino superior no Brasil contempla cursos de bacharelado, habilitações e licenciaturas de distintas durações, sem conexão entre eles, sendo que todos são potencialmente capazes de preparar candidatos a cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, nos quais o ingresso ocorre através de processos seletivos específicos.

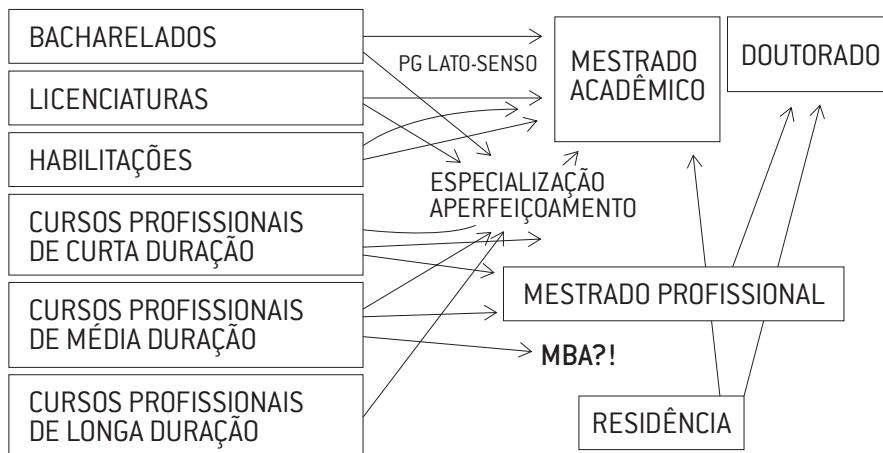
Aplicando esse modelo ao que ocorre na área de saúde, pode-se constatar que a grande maioria dos cursos de graduação é voltada à formação profissional, reproduzindo-se, assim, o conjunto de categorias existentes, em um processo que reproduz a divisão técnica e social do trabalho em saúde que se acentuou, notadamente, na segunda metade do século passado, em função da intensificação da incorporação tecnológica nos diversos momentos da intervenção sobre a saúde e a doença.

A tendência ao fortalecimento da perspectiva profissionalizante, intensificada na maioria dos cursos de pós-graduação através da qualificação em áreas cada vez mais específicas do saber e no manejo de tecnologias utilizadas no campo da saúde, só se flexibiliza um pouco quando se trata do ingresso em alguns cursos de residência e especialização (que permitem certa multiprofissionalidade) ou em cursos de mestrado e doutorado em áreas de



natureza interdisciplinar, abertos, portanto, a candidatos oriundos de distintas profissões.

Quadro 2 - Modelo brasileiro atual (progressão linear)



Fonte: Almeida Filho, 2008 [adaptado].

A proposta elaborada no âmbito do projeto “Universidade Nova” (ALMEIDA FILHO, 2008) contemplava, conforme se pode visualizar no Quadro 3, a implantação de Bacharelados Interdisciplinares, entendidos como cursos de graduação plena,<sup>1</sup> que permitem o acesso tanto aos cursos de formação profissional quando à pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*.

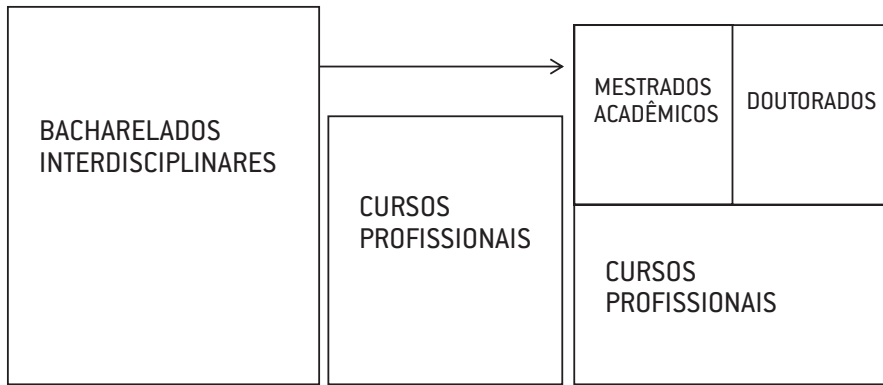
Inicialmente formulado no singular, isto é, como um curso de Bacharelado Interdisciplinar, tal proposta foi substituída pela aprovação dos BI, no plural, entendidos enquanto uma nova modalidade de curso, a ser implantado em caráter experimental, com a perspectiva de que os futuros egressos do curso pudessem optar por continuar sua formação nos cursos de progressão linear oferecidos pela Universidade.<sup>2</sup>

1 Cujas carga horária contempla o valor mínimo permitido pelo MEC para ser considerado como tal, isto é, 2400 horas, distribuídas em componentes obrigatórios, optativos e atividades complementares.

2 Nessa perspectiva, o Conselho Universitário aprovou uma Resolução destinando 20% de todas as vagas oferecidas nos diversos cursos profissionais, a partir de 2012, aos egressos dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar. (UFBA, 2008)

Como se pode perceber, essa proposta trata de racionalizar o modelo atual, ao tempo em que propõe uma aproximação entre a arquitetura acadêmica das universidades brasileiras às universidades européias e norte-americanas, facilitando, portanto, o processo de internacionalização do ensino de graduação, através do intercâmbio dos alunos, que podem vir a completar seus cursos em vários *campi*.

Quadro 3 - Modelo Universidade Nova



Fonte: Universidade Federal da Bahia, 2008.

Com base nessa proposta geral, o projeto pedagógico preliminar dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, elaborado ainda em 2008, contemplava a organização de um conjunto de “eixos” distribuídos em dois grupos, correspondentes ao que se convencionou chamar de “Formação Geral” e “Formação Específica” (ver Quadro 4).

Essa foi a base do projeto pedagógico preliminar e geral para todos os BI, elaborado em julho de 2008 e aprovado em agosto daquele mesmo ano pela Câmara de Ensino de Graduação (CEG/UFBA). Cabe ressaltar que o projeto aprovado não especifica a subdivisão do curso de Bacharelado em áreas do conhecimento, tema que já vinha sendo discutido no âmbito do GT responsável pela elaboração da proposta do curso.

Quadro 4 - Componentes curriculares do BI

FORMAÇÃO GERAL	FORMAÇÃO ESPECÍFICA
<p>Eixo Linguagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Língua Portuguesa</li> <li>• Língua Estrangeira Moderna</li> <li>• Linguagens Artísticas</li> <li>• Linguagens Matemáticas</li> </ul> <p>Eixo Interdisciplinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos da Contemporaneidade</li> <li>• As três culturas: Humanidades, Artes, Ciências (interdisciplinas)</li> </ul> <p>Eixo Integrador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades Complementares (tutoria)</li> </ul>	<p>Eixo Área de Concentração<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos definidores das áreas de concentração</li> <li>• Troncos-comuns e cursos básicos de campos profissionais</li> </ul> <p>Eixo Orientação Vocacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas de apresentação de campos e áreas profissionais</li> </ul> <p>Eixo Integrador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades Curriculares em Comunidades</li> <li>• Atividades Curriculares em Instituições</li> <li>• Práticas de Carreiras Profissionais</li> <li>• Iniciação à Pesquisa</li> <li>• Iniciação à Docência</li> <li>• Iniciação à Prática Profissional</li> </ul>

Fonte: Universidade Federal da Bahia, 2008 [adaptado].

De fato, com base na reflexão inspirada no debate iniciado por Charles Percy Snow (1905-1980) em torno da existência de “duas culturas” – científica e humanística – no âmbito universitário, às quais contemporaneamente agregam-se as Artes, entendidas também como uma cultura (ALMEIDA FILHO, 2007b), pensou-se na criação de três áreas no BI, quais sejam: Artes, Ciência e Tecnologia, e Humanidades. Quase imediatamente, porém, foi incluída a Saúde, considerada, na perspectiva *bourdieusiana*,<sup>4</sup> como um

3 A noção de “área de concentração” diz respeito à criação e sustentação da oferta de um corpo integrado de componentes curriculares, que conforma um estudo concentrado numa determinada temática, na qual se possa recortar problemáticas específicas que demandem uma abordagem interdisciplinar na produção de conhecimentos e que apontem a possibilidade de reconstrução de políticas e práticas no âmbito da sociedade em geral.

4 Tal perspectiva encontra-se fundamentada na noção de “campo científico”, proposta por Pierre Bourdieu (1983) e foi ampliada por Paim e Almeida Filho (1998) na reflexão acerca do “campo da saúde coletiva”, entendida como campo de saberes e práticas. Mais recentemente, Almeida Filho (2011) sistematiza a concepção de “campo da saúde.” ver Almeida Filho e Barreto [Org.] (2011).

“campo de saberes e práticas”, reconhecidamente uma grande área de conhecimento, que suportaria a criação de um curso específico, o BI em Saúde.

Nessa perspectiva, já em setembro de 2008, uma apresentação feita por Almeida Filho, em encontros da área, especificava a “Matriz curricular do BI em Saúde”, contemplando o desenho de um fluxograma dos diversos componentes curriculares, segundo novos “eixos” estruturantes, quais sejam: o Eixo de Formação Ético-Humanística (componentes de Formação geral relativos à Língua Portuguesa, Contemporaneidade e Culturas), o Eixo de Formação Prático-Cognitiva (componentes específicos do campo da saúde) e o Eixo de Formação científica (componentes relacionados ao aprendizado da linguagem matemática e computacional, suas aplicações na área de saúde e um componente intitulado “Seminários Interdisciplinares em Saúde”, voltado ao estudo da produção científica no campo).

Como se pode perceber, trata-se de uma proposta bastante sofisticada, embora aparentemente simples do ponto de vista do desenho organizacional, a qual combina, em uma matriz, os vários “eixos” estruturantes do processo de ensino-aprendizagem a ser desenvolvido pelos professores e alunos do curso. Do ponto de vista do conteúdo previsto, a julgar pelos títulos de alguns dos componentes curriculares propostos no eixo de formação específica em saúde, propunha-se uma aproximação dos estudantes aos conhecimentos disponíveis no campo científico, relativos aos diversos “níveis de determinação” do processo saúde-doença, contemplando-se a apropriação de saberes que vão do subindividual, ao individual e ao populacional, isto é, da biologia molecular e celular, ao corpo anatômico e fisiológico estudado pela clínica, e aos problemas de saúde analisados em uma perspectiva epidemiológica e psicossocial.

Tal proposta, entretanto, não descia ao detalhamento de ementas dos diversos componentes curriculares, nem apresentava alguma análise da disponibilidade desses conhecimentos no elenco das disciplinas oferecidas pelos diversos cursos realizados nas diversas unidades de saúde da UFBA. Não se apresentava, portanto, uma análise prospectiva das possibilidades de operacionalização da proposta com os recursos disponíveis na UFBA, em termos de oferta de componentes curriculares (antigos e novos), que pudessem vir a

compor a “grade”<sup>5</sup> curricular do BI em Saúde, como, aliás, se verificava também com relação aos demais cursos de Bacharelado postostos.

Nesse contexto, o desenvolvimento do processo de implantação dos cursos começou com a indicação dos Coordenadores através de Portaria assinada pelo Reitor. A Coordenação *pro tempore* do BI em Saúde assumiu em setembro de 2008, cabendo-lhe organizar o primeiro concurso público para docente do curso, com apenas uma vaga, o qual foi realizado em dezembro de 2008, tendo a professora aprovada começado a trabalhar em fevereiro de 2009, um mês antes do início do novo curso.

A essa equipe mínima, coadjuvada e coadjuvante das demais equipes responsáveis pela implantação dos outros cursos de Bacharelado Interdisciplinar (Artes, Humanidades e Ciência e Tecnologia), coube a tarefa de elaborar o Projeto Pedagógico do BI em Saúde, processo realizado ao mesmo tempo em que se implantavam os componentes curriculares dos três primeiros semestres do curso, como descreveremos a seguir.

## A construção do Projeto Pedagógico do BI em Saúde

A primeira versão do Projeto Pedagógico do BI em Saúde foi desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2009. Essa primeira versão buscou atender a três princípios: 1) preservação, na medida do possível, das diretrizes do Projeto Pedagógico preliminar e geral para todos os BI, elaborado em 2008; 2) incorporação das novas ideias surgidas a partir das discussões realizadas pela Congregação do IHAC (instância composta por todos os seus docentes e representantes discentes); 3) comunicação interna e autonomia dos quatro Colegiados de cada curso para propor um Projeto Pedagógico que contivesse uma arquitetura geral comum e, ao mesmo tempo, comportasse as diferenças oriundas das reflexões próprias a cada campo.

Uma instância interna ao IHAC, denominada Congregação Reduzida,<sup>6</sup> definiu uma estrutura geral para a elaboração dos quatro Projetos Pedagógicos,

5 Essa noção de “grade curricular”, inclusive, era motivo de críticas, na medida em que se reporta a um modelo que “engessa” a trajetória do estudante, processo radicalmente contrário aos princípios que norteavam a criação do curso de Bacharelado Interdisciplinar.

6 O regimento do IHAC, aprovado pelo seu corpo docente inicial, contempla uma estrutura organizacional e gerencial distinta das demais unidades da UFBA. Não contém departamentos, estabelece a criação dos Colegiados de cursos de cada BI, com participação do coletivo de docentes envolvidos e define como instância de gestão a Congregação, em duas dimensões, a restrita, composta pela Direção, Vice-

contemplando os seguintes itens: Apresentação; Justificativa para a Criação do BI; Base Legal; Perfil do Egresso; Titulação; Número de Vagas; Local, Turnos e Horários de Funcionamento; Estrutura Curricular; Quadro Curricular, Componentes Curriculares e Ementário; Normas de Funcionamento; Gestão e Avaliação.

Embora seguindo esse roteiro, o processo de elaboração do Projeto Pedagógico (PP) dos BI sofreu as consequências derivadas da heterogeneidade de perfil e pouca familiaridade com o projeto original, por parte dos docentes envolvidos, além, evidentemente, da velocidade com que foi elaborado, em virtude de se pretender contar o mais rapidamente possível com um PP aprovado, na medida em que o curso foi iniciado em março de 2009.

Assim é que os documentos elaborados pelos respectivos Colegiados, inclusive o Colegiado do BI em Saúde, nesse momento em processo de constituição, foram aprovados pela Congregação Ampliada do IHAC em 27 de abril de 2009 e, em maio de 2009, foram encaminhados para a Câmara de Ensino de Graduação (CEG) da UFBA (atual Conselho Acadêmico de Ensino), que os encaminhou para avaliação técnica, antes da apreciação geral por toda a Câmara.

Em junho de 2009, os Colegiados dos cursos de BI receberam o Parecer Técnico preliminar, que não foi favorável ao encaminhamento dos quatro Projetos Pedagógicos para apreciação geral pela Câmara de Ensino de Graduação, recomendando revisão dos mesmos, com base em suas sugestões, ao tempo em que solicitava que os projetos revisados fossem encaminhados para nova avaliação, antes de sua submissão à Câmara de Ensino de Graduação.

O Parecer Técnico apontava diferenças entre esses novos Projetos e o Projeto Pedagógico geral para todos os BI, aprovado em 2008, chamando a atenção para vários aspectos, entre os quais se destacam: a) as competências e habilidades que o egresso deveria desenvolver ao longo do curso foram “muito ambiciosas” (grifos nossos); b) a distribuição da carga horária entre a Formação Geral, Formação Específica e Atividades Complementares estava diferente da proposta original; c) a colocação da Língua Estrangeira como optativa e não obrigatória, conforme estava estabelecido na proposta original;

---

-Direção, Coordenação Acadêmica, Coordenações de Curso e Vice-Cordenações de Curso, além dos representantes dos estudantes de cada BI e dos funcionários técnico-administrativos, e a ampliada, da qual participam todos dos docentes do Instituto.

d) a ausência de componentes curriculares ligados ao Eixo Orientação Profissional; e) a forma de avaliação insuficientemente detalhada; f) a exigência de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e carga horária do TCC excessiva; g) a ausência de critérios de classificação de uma Atividade como Complementar h) algumas ementas diferentes do objetivo proposto em alguns componentes curriculares; i) a estrutura do documento foi considerada não condizente com a proposta na Resolução 05/2003 da CEG/UFBA.

A leitura e a análise desse Parecer por parte dos docentes do IHAC geraram uma nova sequência de reuniões e sessões de trabalho dos Colegiados, da Congregação e da Direção do IHAC, as quais contaram, em alguns momentos, com a presença do Pró-Reitor de graduação, que atuava como consultor do grupo, explicitando algumas das convergências e divergências que circulavam em diversos espaços da UFBA com relação aos cursos de BI. Esses encontros serviram, portanto, para uma apropriação de informações e um aprendizado coletivo acerca das dificuldades que estavam sendo enfrentadas dentro e fora do IHAC para a elaboração e operacionalização do Bacharelado Interdisciplinar nas diversas áreas.

De fato, a análise feita pela equipe diretamente envolvida na elaboração dos Projetos Pedagógicos apontava para a necessidade de incorporar as discussões e proposições nascidas no grupo de docentes, que se encontrava à frente da implantação do BI, especialmente porque este grupo buscava construir, cotidianamente, a viabilidade acadêmica dos cursos, em um contexto que se revelava politicamente dividido, fato que se expressava claramente nas relações estabelecidas com as demais unidades e com as instâncias superiores de gestão universitária.

Considerando a necessidade de se avançar para a efetiva institucionalização dos cursos, foram feitos ajustes nos Projetos Pedagógicos, incorporando algumas recomendações do referido Parecer Técnico. A segunda e a terceira versão do Projeto Pedagógico do BI em Saúde, revisadas nos períodos de setembro a dezembro de 2009 e de março a abril de 2010, contaram com a colaboração do Pró-Reitor de Graduação e da Assessoria Técnica da Câmara de Ensino de Graduação da UFBA e mantiveram algumas diferenças em relação ao Projeto Geral do BI, justificando, entretanto, o porquê dessas diferenças.

Os principais ajustes foram feitos nos itens referentes às competências e habilidades do egresso (maior concisão), forma de avaliação (maior detalhamento), matriz curricular (alteração da quantidade e definição dos componentes

obrigatórios da formação específica em saúde, apresentação dos critérios das Atividades Complementares, com alteração de sua carga horária). Houve ainda a supressão do componente curricular TCC,<sup>7</sup> por se considerar, dentre outros aspectos, que o aluno do BI em Saúde poderia vir a fazê-lo num curso posterior profissionalizante ou no escopo de uma área de concentração (caso optasse por isto).

Na terceira versão, buscou-se aproximar, ao máximo possível, a estrutura dos quatro Projetos Pedagógicos, de modo a ficar conforme a Resolução 05/2003 da CEG/UFBA, preservando, ao mesmo tempo, a especificidade de cada campo. A análise técnica final da avaliadora, solicitada pela CEG, manteve, em linhas gerais, as observações contidas na primeira avaliação quanto às discrepâncias do novo Projeto em relação ao Projeto original, aprovado em 2008, com o adendo de que caberia à CEG arbitrar sobre a aceitação ou não de tais modificações. Valorizou positivamente a posição do Colegiado do BI em Saúde em relação às Atividades Complementares (na perspectiva de que 50% destas atividades fossem realizadas na área de saúde) e o ementário dos componentes curriculares optativos das culturas artísticas e humanísticas oferecidas pelo IHAC aos alunos deste BI.

Ainda assim, solicitou maior clareza quanto à organização da Orientação Profissional pelo Colegiado e Direção do IHAC e quanto à correspondência entre a carga horária da atividade complementar realizada e a carga horária a ser dispensada ao aluno a partir de tal atividade. Esse parecer final, juntamente com a última versão revisada do Projeto, foi avaliado pela CEG e o Projeto foi finalmente aprovado por esta instância em 18 de maio de 2010.

## O Projeto Pedagógico do BI em Saúde: principais aspectos

O documento que contém o Projeto Pedagógico do BI em Saúde encontra-se disponível para consulta *on-line*, de modo que não é necessário reproduzi-lo aqui. Entretanto, cabe destacar alguns aspectos que merecem ser sublinhados,

---

<sup>7</sup> Além do mais, a possibilidade de integralização do curso no tempo mínimo de três anos (aspecto importante para aqueles que fariam a passagem para um curso profissionalizante, de progressão linear), a quantidade elevada de estudantes (300 por ano) e o número reduzido de professores no próprio quadro do BI em Saúde (dois professores concursados e três professores substitutos, na época) foram aspectos que contribuíram para tal decisão.



posto que refletem concepções que iluminaram sua construção ou indicam limitações que eventualmente podem vir a ser superadas. Nesse sentido, um primeiro aspecto a ser destacado diz respeito à definição dos objetivos do curso. O projeto pedagógico reafirma que o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde é:

um curso de graduação de duração plena que visa agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que conferem autonomia para a aprendizagem e uma inserção mais abrangente e multidimensional na vida social [...] possibilitando ao estudante a aquisição de competências e habilidades gerais e específicas para o aprendizado de fundamentos conceituais e metodológicos para uma posterior formação profissional e/ou pós-graduação. (UFBA, 2010, p. 7)

Coerentemente com esse objetivo abrangente, a definição das Competências e Habilidades que compõem o Perfil do egresso do curso (Quadro 5) enfatiza, além de competências gerais relacionadas com a capacidade de “aprender a aprender”,<sup>8</sup> requisito fundamental para uma educação voltada para as necessidades do século XXI,<sup>9</sup> competências cognitivas e habilidades específicas que permitam ao estudante compreender a complexidade do campo da saúde na contemporaneidade, de modo a situar-se crítica e criativamente diante dos saberes e das políticas e práticas que se produzem e reproduzem neste campo. Ademais, acrescenta um conjunto de valores relacionados com o processo que se pretende desenvolver, durante o curso, de sensibilização dos estudantes para questões cruciais do mundo atual, como a luta pelos direitos humanos, a preservação do meio ambiente, a defesa dos princípios democráticos e a valorização da diversidade cultural que caracteriza a sociedade brasileira e baiana, em particular.

8 Conforme reflexão acerca das proposições contidas nos textos de Edgar Morin (1984, 2001, 2002, 2003, 2005), um dos intelectuais que inspiram a equipe envolvida com o processo de construção do BI-Saúde.

9 Ver Boaventura Santos (1987, 1989, 1997, 2005), Boaventura Santos e Almeida Filho (2011).

Quadro 5 – Perfil do egresso do BI em Saúde

<b>Competências e habilidades gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos;</li> <li>• Habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas;</li> <li>• Capacidade de comunicação oral e escrita em língua portuguesa;</li> <li>• Habilidades no uso das tecnologias da informação e da comunicação.</li> </ul>
<b>Competências e habilidades específicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a complexidade do campo da saúde nas sociedades contemporâneas;</li> <li>• Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo;</li> <li>• Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde;</li> <li>• Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde.</li> </ul>
<b>Competências valorativas e compromissos éticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade social e compromisso cidadão;</li> <li>• Valorização e respeito pela diversidade cultural;</li> <li>• Consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea;</li> <li>• Preservação do meio ambiente;</li> <li>• Compromisso ético-político no campo da saúde.</li> </ul>

Fonte: UFBA, IHAC. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, 2010.

Com relação ao desenho curricular do curso propriamente dito, cabe enfatizar que o produto alcançado, ou seja, a especificação e distribuição dos diversos componentes curriculares na matriz que estrutura o percurso mínimo dos alunos do curso (Quadro 6), resultou do esforço de “traduzir” a proposta contida nos diversos “eixos” estruturantes do processo ensino-aprendizagem contidos no projeto original, às possibilidades abertas com a criação do IHAC e, ao mesmo tempo, às condições operacionais oferecidas pela manutenção da arquitetura acadêmica e estrutura curricular dos diversos cursos oferecidos pelas unidades da UFBA.

Quadro 6 - Síntese da distribuição da carga horária do curso

Eixo/Módulos	Componente curricular	CH
Módulo Interdisciplinar	HAC A01 – Estudos sobre a Contemporaneidade I	68 h
	HAC A34 – Estudos sobre a Contemporaneidade II	68 h
Módulo Culturas	2 CC Cultura humanística (a escolher)	136 h
	2 CC Cultura artística (a escolher)	136 h
Eixo Linguagens	LET E43 Língua Portuguesa, Poder e Diversidade	68 h
	LET E45 Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa	68 h
	HAC Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde	68 h
Formação específica (1ª etapa) CC Obrigatórios	HAC A10 - Introdução ao Campo da Saúde	68 h
	HAC A40 – Campo da Saúde: Saberes e Práticas	68 h
	HAC - Saúde, Educação e Trabalho	68 h
Formação específica (2ª etapa) CC optativos	11 CC oferecidos pelas unidades de saúde e/ou pelo IHAC	748 h
<b>TOTAL</b>		<b>1020 h</b>
<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES**</b>		<b>360 h</b>
<b>COMPONENTES LIVRES (7 CC de 68 h)</b>		<b>476 h</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>2400 h</b>

Fonte: UFBA, IHAC. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, 2010.

Com isso, se por um lado foi possível incluir novos componentes curriculares, como é o caso de “Estudos da contemporaneidade”, realizados integralmente pelos docentes do IHAC, por outro, ajustou-se a oferta dos componentes do eixo “Linguagens” à capacidade de oferta da Universidade, o que resultou na manutenção da prioridade em “Língua portuguesa” – sob responsabilidade do Instituto de Letras – e na flexibilização da oferta de “Língua estrangeira moderna”, que passou a fazer parte do elenco de “Culturas”, no caso cultura

artística, dada a impossibilidade de se manter como obrigatória a oferta desse componente para os quase 1000 estudantes que os BI recebem a cada ano.

Ainda nesse “eixo”, cabe destacar a manutenção da obrigatoriedade dos componentes curriculares correspondentes ao aprendizado das diversas “Culturas”, ainda que a oferta destes componentes tenha ficado sob a responsabilidade compartilhada do IHAC e das demais unidades da UFBA, o que torna o BI, de certo modo, dependente da capacidade de oferta e do interesse das unidades em apoiar este curso. Cabe comentar, inclusive, certa dificuldade enfrentada pela equipe para “classificar” os componentes curriculares oferecidos pelas diversas unidades, vez que nem sempre é óbvia a inserção de determinado componente no rótulo “científico”, “humanístico” ou “artístico”.

A solução dada<sup>10</sup> cria, inclusive, uma questão para posterior aprofundamento, na medida em que considera que os componentes curriculares da área de saúde serão considerados como “cultura científica”, quando, em alguns casos, observa-se que o conteúdo de algumas disciplinas aproxima-se mais da cultura “humanística”. Essa questão pode estimular um debate epistemológico no âmbito do próprio BI em Saúde, uma vez que o “campo da Saúde” é recortado por conhecimentos e práticas que ultrapassam os limites disciplinares e apresentam-se como multi e interdisciplinares, resistindo também a serem classificados como parte de uma determinada cultura, sendo, por natureza, multi e até transculturais.<sup>11</sup>

No que diz respeito à Formação Específica em Saúde, cabe ressaltar que o conjunto de componentes curriculares definidos como obrigatórios tenta dar conta de uma visão panorâmica do “campo da Saúde”, iniciando com o debate em torno do conceito de Saúde, “ponto cego” (ALMEIDA FILHO, 2000b) na literatura científica da área, revisitado do ponto de vista histórico, sociológico, antropológico, político e cultural. Continua com a análise comparada de sistemas de saúde no mundo contemporâneo, forma de introduzir a reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, discutido em seus vários aspectos, com ênfase no debate sobre a relação público-privado, que atravessa as políticas e práticas do setor. Finalmente, se completa com a incursão dos

---

10 Ver Projeto Pedagógico do curso.

11 Essa questão vem sendo abordada em alguns textos de Naomar de Almeida Filho (2000a, 2005), porém, a nosso ver, ainda merece um aprofundamento muito maior, para o que a experiência desenvolvida em alguns projetos, cursos e atividades realizadas no BI pode contribuir bastante. Ver os relatos contidos na segunda parte desta coletânea.

estudantes no conjunto de profissões de saúde existentes em nosso meio, analisado em uma dupla perspectiva, a do mercado de trabalho e a dos cursos de formação profissional.

Com isso espera-se que o estudante do BI possa desenvolver uma visão compreensiva da problemática da saúde, aprendendo a situar-se diante das múltiplas possibilidades de análise dos problemas e necessidades de saúde da população, ao tempo em que se situa com relação às políticas e sistemas de saúde, espaço onde poderá vir, futuramente, a exercer uma profissão ou uma ocupação, como profissional, trabalhador de saúde e cidadão.

Paralelamente a esse processo, o estudante do BI completa sua formação no eixo “Linguagens”, através do componente curricular “Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde”, espaço de aprendizado das múltiplas formas de expressão e comunicação dos conhecimentos produzidos nesta área e dos princípios e diretrizes que regem as políticas de saúde. Inclui, portanto, a leitura e análise de artigos científicos, resenhas, projetos, relatórios de pesquisa, documentos institucionais, leis, portarias, planos, programas e projetos de intervenção no campo da saúde etc.

Além dos componentes obrigatórios, o Projeto Pedagógico estabelece o percentual de carga horária mínima que deve ser dedicado a componentes optativos (748 horas) e as atividades complementares (360 horas), as quais têm como função proporcionar ao aluno a oportunidade de ampliar sua responsabilidade social e competências relacionais, podendo estruturar-se como um conjunto de atividades curriculares e extracurriculares de pesquisa, extensão, estágio, programas especiais, cursos livres, disciplinas de graduação e de pós-graduação, atividade curricular em comunidade (ACC), atividade curricular em instituição e quaisquer eventos de natureza acadêmica.

Vale ressaltar que a ampliação da carga horária destinada a atividades complementares, bem como a diversificação das possibilidades para o seu cumprimento, busca estimular o estudante a envolver-se diretamente com atividades do campo da saúde, ou seja, prevê sua imersão no “mundo do trabalho”, fonte de reflexão e análise a ser realizada na sala de aula ou com o orientador previsto no Projeto Pedagógico, através da Orientação Acadêmica e Profissional.<sup>12</sup>

---

12 A orientação acadêmica e profissional é constituída por ações que têm como finalidade oferecer uma visão panorâmica das diversas áreas de investigação, práticas e profissões de saúde, enfatizando suas

Finalmente, o projeto pedagógico prevê a inserção dos estudantes do BI em Saúde em componentes curriculares nomeados Livres, os quais podem ser escolhidos pelo aluno, de acordo com a disponibilidade de oferta de quaisquer das unidades da UFBA, “desde que os respectivos colegiados facultem o ingresso aos alunos do BI respeitando-se as especificidades e os pré-requisitos (onde estes existam).” (UFBA, 2010)

## Comentários finais

O processo de elaboração do Projeto Pedagógico do BI em Saúde, descrito nos itens anteriores, ilustra as vicissitudes enfrentadas no cotidiano de uma “organização hipercomplexa” (TESTA, 1997), como é o caso da Universidade Federal da Bahia, quando se pretende introduzir mudanças substantivas na arquitetura acadêmica e, sobretudo, quando se pretende experimentar um modelo de formação que contraria a tradição estabelecida na instituição. A criação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar revela, contudo, a possibilidade de se aproveitar certas “janelas de oportunidade” (KINGDON, 1995) configuradas em dadas conjunturas políticas, como foi o caso da confluência dos interesses materializados no projeto REUNI, notadamente a expansão e fortalecimento das universidades públicas, e a presença de um grupo dirigente portador de um projeto de mudança institucional que ultrapassa a ampliação do número de vagas e cursos.

Especificamente a criação do BI em Saúde expressa a “coincidência”, melhor dizendo, a feliz circunstância de esse grupo contar com a liderança de um intelectual do campo da saúde que já vinha desenvolvendo uma reflexão sobre a necessidade de mudança nos processos de formação de pesquisadores do campo, deixando entrever, inclusive, uma das razões que podem ter favorecido as decisões e os projetos que encaminhou e defendeu enquanto Reitor. (TEIXEIRA, 2011)

O fato é que, uma vez criadas as condições mínimas de viabilidade de um projeto desta natureza, os acontecimentos desencadeados nas instâncias gestoras da UFBA, descritos no capítulo um, permitiram o desenvolvimento

---

interfaces com atividades artísticas, científicas e humanísticas mais gerais. Na época da elaboração do Projeto, sugeria-se que essa orientação fosse exercida por docentes do IHAC, com a distribuição de alunos/professores supervisionada pelo Colegiado de curso e pela Coordenação acadêmica.

do processo, simultâneo, de implantação dos BI e de elaboração detalhada do Projeto Pedagógico de cada curso, inclusive o BI em Saúde.

A análise desse processo confirma a existência de uma negociação coletiva em torno dos diversos itens a serem preservados ou modificados no projeto original, efetuando-se uma espécie de construção de viabilidade de implantação, mediada pelas concepções e práticas derivadas da experiência – diversificada – dos docentes e dirigentes envolvidos.

O projeto pedagógico finalmente aprovado preserva, a nosso ver, o essencial da proposta prima, ao tempo em que define mais claramente os conteúdos específicos da formação em saúde, revelando, entretanto, uma aproximação maior aos conhecimentos e práticas da área de saúde coletiva, do que à clínica e às ciências básicas do campo da saúde, talvez em função do perfil acadêmico das professoras que assumiram a coordenação do Colegiado.

Enfim, cabe ressaltar um aspecto apenas indicado no projeto pedagógico, mas que certamente é um dos mais importantes para a análise posterior dos resultados alcançados com a implantação do curso, qual seja o enfoque propriamente pedagógico que se tratou de incorporar ao curso, através do seu desenho curricular e, principalmente, como indicação para os docentes que se envolveram na realização dos diversos componentes.

Trata-se da proposta de se enfatizar o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, estimulando-se o protagonismo dos estudantes, a responsabilidade com sua formação, o esforço de problematização da realidade, particularmente a realidade brasileira, buscando a articulação Global/Local e a reflexão sobre Poder/Política, Cultura/Identidade, Subjetividade/Objetividade, como referencial para se repensar as questões de Saúde na contemporaneidade, tudo isso ancorado na utilização em larga escala de tecnologias de informação que conectam os alunos e docentes à sociedade de conhecimento, notadamente a tecnologia digital e a internet.

Nessa perspectiva cabe-nos finalizar afirmando que o Projeto Pedagógico do BI em Saúde propõe que se exponha os estudantes a um campo problemático, tentando, ao mesmo tempo, fornecer instrumentos para que eles se coloquem como sujeitos autônomos, capazes de “pensar pela própria cabeça” e tomar posição diante das opções teóricas e práticas que se apresentam na área de saúde no mundo, no Brasil e na Bahia hoje.

A avaliação do eventual sucesso ou fracasso dessa iniciativa demanda, entretanto, estudos específicos sobre o processo de implantação e, sobretudo,

a avaliação dos resultados alcançados pelo curso, o que pode vir a ser feito, futuramente, através do monitoramento da trajetória acadêmica e profissional dos egressos do curso.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, dec. 2000b.
- \_\_\_\_\_. A epidemiologia e o campo da saúde: interfaces disciplinares. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. (Org.). *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 55-64.
- \_\_\_\_\_. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov./dez. 2000a.
- \_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, dez. 2005.
- \_\_\_\_\_. As três culturas da Universidade Nova. *Ponto de Acesso*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 5-15, jun. 2007b.
- \_\_\_\_\_. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: Editora UNB; Salvador: EDUFBA, 2007a.
- \_\_\_\_\_. Universidade Nova no Brasil. In: SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *A universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008. p. 107-259.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: Longman, 1995.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 128 p.
- \_\_\_\_\_. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Publicações Europa-America, 1984. 135 p.
- \_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 177 p.
- \_\_\_\_\_. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora; Brasília: UNESCO, 2005. 116 p.
- MORIN, E. (Org.). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 588 p.



PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

ROCHA, M. N. D. et al. Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: EDUFBA, 2013.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 7. ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1987. 59 p.

\_\_\_\_\_. Da idéia de universidade à universidade de idéias. In: \_\_\_\_\_. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1997. p. 187-233.

\_\_\_\_\_. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176 p.

\_\_\_\_\_. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade*. São Paulo: Cortez. 2005.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A universidade no século XXI: para uma Universidade Nova*. Coimbra: Almedina-CES, 2008. 183 p.

TEIXEIRA, C. F. Naomar de Almeida Filho 2002-2010. In: TOUTAIN, L. et al. (Org.). *Reitores da UFBA: de Edgard Santos a Naomar de Almeida Filho*. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 261-286.

TESTA, M. Analisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafio para lo público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 17-70.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). *Bacharelados Interdisciplinares: projeto pedagógico*. Salvador: [S.n.], 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução n. 02, de 1 de julho de 2008. Estabelece definições, princípios, modalidades, critérios e padrões para organização dos cursos de graduação da UFBA. Salvador: [S.n.], 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC). *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: [S.n.], 2010.

# Processo de implantação do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar

---

Carmen Fontes Teixeira

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

## Introdução

A implantação dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar partiu das inovações introduzidas a partir do projeto Universidade Nova, no contexto de implementação do REUNI-UFBA em 2008, e demandou uma série de elementos para ser efetivamente factível do ponto de vista acadêmico e viável politicamente no âmbito institucional. Exercitando uma visão retrospectiva, é possível elencar aspectos que constituem uma análise de viabilidade, *ex-post*, e ajudam a sistematizar alguns desses elementos.

Em primeiro lugar, seria necessário contar com uma equipe docente que se responsabilizasse pela condução do processo de implantação e cuja visão do curso coincidissem com a concepção que orientava a formulação desse projeto, capaz, portanto, de assumir a direcionalidade apontada no projeto original e detalhar o projeto pedagógico do BI em Saúde, contemplando os diversos itens necessários à sua aprovação definitiva pelas instâncias normativas da Universidade, especialmente o Conselho Acadêmico de Ensino.

Em segundo lugar, seria necessário contar com o apoio das instâncias responsáveis pelo planejamento acadêmico nas diversas unidades da Universidade e na coordenação central, ou seja, nas instâncias gestoras do ensino de graduação, incluindo o Conselho Acadêmico de Ensino, a Pro-Reitoria de Graduação e a Secretaria Geral de cursos.

Em terceiro lugar, seria necessário contar com condições operacionais para, de fato, implementar o desenho curricular proposto, o que inclui infraestrutura (salas de aula, biblioteca, videoteca, computadores etc.), apoio técnico-administrativo (secretaria, pessoal de apoio logístico, manutenção de informática e equipamentos audiovisuais), isso não só na unidade responsável pela implantação do curso, senão que em várias outras unidades, dada a natureza do desenho curricular, matricial, flexível, aberto.

Considerando esses pressupostos, de natureza político-gerencial, técnico-administrativa e operacional, é possível, atualmente, descrever e analisar o processo de implantação desses cursos. Este capítulo trata de descrever, especificamente, a implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, de setembro de 2008 a dezembro de 2011, cobrindo um período que antecede o início do curso, que ocorreu em março de 2009, estendendo-se durante os três anos que correspondem ao planejamento e execução dos componentes curriculares e atividades previstas no projeto pedagógico elaborado concomitantemente. (TEIXEIRA; COELHO, 2013)

Nesse período, ocorreu o ingresso de três turmas, a primeira das quais concluiu o curso em dezembro de 2011, o que possibilita que se tenha uma visão geral das características do processo de implantação, podendo-se destacar, inclusive, as facilidades e dificuldades enfrentadas pela equipe de coordenação e execução do curso, tanto em termos do planejamento acadêmico quanto da execução propriamente dita do curso.

Considerando que o BI em Saúde encontra-se sediado no mesmo Instituto, o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), unidade universitária criada para sediar os cursos de Bacharelado Interdisciplinar, e que compartilha com os demais um conjunto de decisões relativas à oferta de componentes curriculares, a primeira parte deste texto relata o processo preparatório à implantação dos BI, simultâneo à implantação do próprio IHAC.

Em seguida, descreve o processo de implantação do Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, destacando as atividades desenvolvidas pelo Colegiado de curso para viabilizar o projeto pedagógico e os resultados obtidos ao longo do período. Além disso, trata de identificar algumas das facilidades e dificuldades enfrentadas nesse processo, distinguindo os aspectos relacionados com o ambiente interno ao IHAC/UFBA e os aspectos relativos ao ambiente externo à Universidade, ou seja, aspectos derivados

da inserção do BI em Saúde no contexto mais amplo da formação e do mercado de trabalho em saúde na sociedade brasileira contemporânea.

## **Criação do IHAC: atividades preparatórias para a implantação dos Bacharelados Interdisciplinares**

O processo de implantação dos cursos de BI foi iniciado em setembro de 2008, com a indicação, pelo Reitor, dos integrantes da equipe dirigente do IHAC, desde que estava prevista, como de fato ocorreu, a oferta de 900 vagas no Exame Vestibular de 2009, para os BI (400 para o BI de Humanidades, 300 para o BI de Artes, 100 para o BI de Ciência e Tecnologia e 100 para o BI em Saúde).

O período transcorrido entre outubro de 2008 a fevereiro de 2009 foi dedicado à implantação das condições mínimas necessárias ao início dos cursos, sendo que as principais atividades realizadas pela equipe dirigente do IHAC nesse período incluíram o desencadeamento da composição do corpo docente do Instituto, a implantação da Secretaria acadêmica do IHAC, a organização inicial dos Colegiados de curso dos quatro BI e a definição da oferta de componentes curriculares no primeiro semestre de 2009, concomitantemente à elaboração do esboço dos projetos pedagógicos com base na proposta original. (TEIXEIRA; COELHO, 2013b)

No que diz respeito à composição do corpo docente do Instituto, dois processos foram desencadeados, quais sejam a apreciação dos pedidos de transferência de docentes de várias unidades da Universidade que tinham interesse em trabalhar no IHAC e a organização de um conjunto de concursos para docentes, a fim de preencher as vagas definidas para o Instituto em função do projeto REUNI.

Como resultados desse processo, cerca de 11 professores da UFBA foram agregados ao corpo docente inicial ainda em novembro de 2008 e, posteriormente, outros 20 foram incluídos, mediante contratação, em janeiro – fevereiro de 2009, dos docentes aprovados nos concursos realizados em dezembro de 2008. Cabe ressaltar que a maioria das vagas desse primeiro concurso foi destinada às áreas de Humanidades e Artes, considerando-se não só o maior número de turmas a serem criadas nos respectivos BI, como também o fato de que docentes dessas áreas se responsabilizariam por componentes curriculares do Eixo Interdisciplinar.

Desse modo, foram definidos, em reuniões da Congregação do IHAC, os componentes curriculares comuns aos quatro cursos, tanto os que ficariam sob responsabilidade dos docentes do IHAC, quanto os que demandariam o apoio de outras unidades da Universidade. Os primeiros incluíram estudos da contemporaneidade, do Eixo Interdisciplinar, e os segundos, os componentes língua portuguesa, poder e diversidade cultural, do Eixo Linguagens, que ficaram sob a responsabilidade dos docentes do Instituto de Letras.

Ao mesmo tempo, os Colegiados de todos os BI trataram de elaborar o programa do componente curricular do Eixo Formação específica em cada área, oferecido no primeiro semestre de 2009, bem como iniciaram a articulação com as demais unidades, buscando viabilizar a oferta de vagas correspondentes aos componentes curriculares optativos, tanto os que poderiam integrar o conjunto das “Culturas” quanto os componentes que corresponderiam ao elenco de optativos da área de cada BI.

Esses esforços tornaram possível o planejamento acadêmico da oferta de componentes curriculares, encaminhado à Secretaria Geral de Cursos, em janeiro de 2009. Com isso, viabilizou-se a matrícula presencial dos alunos aprovados no vestibular, em fevereiro de 2009, processo que contou com a presença dos coordenadores e vice-coordenadores dos colegiados de curso, interessados em receber os alunos e orientá-los com relação à matrícula.

Essa experiência constituiu-se em um momento de aprendizado coletivo, uma vez que se pretendia testar a flexibilização da oferta de componentes curriculares tanto no eixo “Culturas” quanto nos componentes optativos, tentando-se estimular a autonomia do aluno do BI em definir sua trajetória acadêmica. Não se contava, todavia, com uma oferta de vagas e de componentes curriculares suficientemente ampla e diversificada a ponto de se facilitar o trânsito dos estudantes nas diversas áreas, havendo uma tendência à concentração da oferta de vagas em alguns componentes curriculares, especialmente por conta da baixa capacidade de oferta de certas unidades e da permanência da exigência de “pré-requisitos” em várias áreas, o que dificulta, até hoje, a matrícula de estudantes do BI.

Além do planejamento acadêmico preparatório, os encaminhamentos iniciais para garantir a implantação dos cursos incluíram a definição da infraestrutura física, ou seja, o espaço que seria ocupado pelos alunos do BI, vez que o IHAC ainda não dispunha de sede própria e várias obras de expansão da

capacidade instalada da UFBA em termos de salas de aula e auditórios ainda estavam em andamento.

De fato, a Direção do IHAC começou suas atividades em uma pequena sala anexa ao Programa de Estudos Multidisciplinares sobre Cultura e Sociedade (CULT), na Faculdade de Comunicação (FACOM), tendo se transferido, no início de 2009, para as dependências do Pavilhão de Aulas da Federação (PAF 3), espaço que ocupou até o final do ano de 2010, quando foram concluídas as obras do Centro de Idiomas, prédio que o Instituto ocupa provisoriamente, até a conclusão das obras de sua sede, iniciadas em 2011.

Como se pode constatar, os seis primeiros meses do processo de implantação dos cursos de BI, paralelamente à implantação do IHAC, foram bastante intensos, envolvendo decisões político-normativas (aprovação do Regimento do IHAC e de um conjunto de Resoluções internas), acadêmicas (oferta de vagas, elaboração e aprovação preliminar dos projetos pedagógicos dos cursos, definição de ementas e programas de componentes curriculares) e administrativas (alocação de pessoal docente, elaboração e aprovação de planos de trabalho dos docentes, distribuição de turmas, organização das secretarias dos cursos de BI etc.).

O fato é que, apesar das dificuldades, os cursos começaram pontualmente em março de 2009, tendo sido programada e executada uma semana de recepção aos calouros, que contemplou, entre outras atividades, a apresentação do projeto dos Bacharelados Interdisciplinares ao conjunto de alunos, ao tempo em que se aplicou um questionário dedicado a recolher informações acerca do perfil dos ingressos aos cursos. (TEIXEIRA et al., 2009)

## A implantação do BI em Saúde

O processo de implantação do BI em Saúde contemplou o desenvolvimento simultâneo de um conjunto de iniciativas, não seguindo uma trajetória linear. Desse modo, antes mesmo de se contar com um projeto pedagógico elaborado, o curso foi iniciado, com a abertura de 100 vagas no vestibular de 2009, apresentando-se, inclusive, uma grande demanda, com mais de 1000 candidatos (10,4 candidatos por vagas). A elaboração do projeto pedagógico, portanto, transcorreu paralelamente à implementação dos três primeiros semestres do curso, configurando-se uma etapa “experimental” do ponto de vista do desenho curricular, cuja versão definitiva só foi aprovada em maio de 2010.

Nesse período também ocorreu a organização do colegiado de curso, cuja composição foi se alterando, à medida que se ampliava e modificava a composição do corpo docente do IHAC e se avançava na articulação com as demais unidades da área de saúde da UFBA, algumas das quais indicaram representantes para participar nessa instância. Cabe destacar que todas as unidades foram convidadas a indicar representantes, tendo sido efetuadas, inclusive, visitas à Direção de várias delas, com participação em reuniões de Congregação, com o objetivo de apresentar a proposta do BI em Saúde e sensibilizar os respectivos dirigentes a apoiarem o processo de implantação do mesmo, o que não se alcançou, todavia, em várias delas.<sup>1</sup>

A gestão do processo de implantação do curso, como se pode perceber, foi bastante complexa, buscando-se articular, simultaneamente, a constituição dos sujeitos do mesmo, ou seja, os docentes e alunos, o desenho do currículo que servia de referencial à organização do BI em Saúde, a execução do processo de ensino-aprendizagem e a gestão propriamente dita, do ponto de vista do planejamento acadêmico intra e extra IHAC, ao tempo em que se buscava garantir a sustentação política do curso.

Para expor com maior clareza as diversas questões envolvidas em cada uma dessas linhas de força do processo de implantação do BI em Saúde, detalharemos, a seguir, os diversos aspectos mencionados.

### Conformação do corpo docente

No primeiro semestre do curso, em 2009, a equipe docente do BI em Saúde contava com apenas duas professoras com formação específica na área, as quais assumiram as funções de coordenação e vice-coordenação do curso, responsabilizando-se pela gestão, planejamento, organização e execução do mesmo. A coordenadora pertencia, já, há muitos anos, ao quadro de docentes da UFBA, tendo sido transferida do Instituto de Saúde Coletiva/ISC para o IHAC, enquanto a vice era recém-ingressa nesta Universidade através de concurso público, para compor o quadro de docentes do Instituto.

Durante todo o ano de 2009 não houve ampliação do corpo docente do BI, sendo que essas duas professoras assumiram os componentes curriculares

---

1 Hipóteses acerca desse fato são levantadas mais adiante neste trabalho, cabendo estudos mais aprofundados para a identificação e classificação dos determinantes das posições adotadas por cada unidade.

da área e uma delas assumiu, também, juntamente com outros professores do IHAC, a oferta do componente curricular obrigatório do Eixo Interdisciplinar estudos da contemporaneidade.

Com a triplicação do número de vagas do curso a partir de 2010, foram inicialmente contratados três professores substitutos, que atuaram no curso no ano de 2010. No segundo semestre desse ano, foi realizado novo concurso público para preenchimento das vagas de docentes, disponibilizadas pelo MEC, sendo que duas delas foram preenchidas através da redistribuição de docentes de outras Universidades (um docente da UNIVASF e uma docente da UFCE) e cinco, com a contratação dos docentes aprovados no concurso.

Com isso, a equipe docente do BI em Saúde passou a dispor de nove docentes, aos quais se agregou, em 2011, um docente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), em tempo parcial, que se responsabilizou por um componente curricular optativo, e mais um professor substituto (doutorando em Saúde Pública), contratado em função do aumento do número de turmas em componentes curriculares obrigatórios.

O perfil acadêmico dos professores do BI em Saúde<sup>2</sup> revela uma formação de graduação multiprofissional, com discreta concentração na área de Psicologia (3) e Medicina (3), indicando também uma aproximação com a área de Saúde Coletiva, onde a maioria fez seus estudos de Doutorado (um em curso). Além disso, cabe destacar a aproximação que a grande maioria deles apresenta com o então Reitor da Universidade, orientador dos estudos pós-graduados de três deles, coorientador de outro e colega de trabalho da maioria, o que faz supor certa filiação às concepções e propostas de mudança no ensino e nas práticas do campo da Saúde.

### Número e perfil dos alunos matriculados no BI em Saúde

Em 2009, foram oferecidas 100 vagas no turno noturno, as quais foram preenchidas com os candidatos aprovados no vestibular. A partir de 2010, o IHAC adotou a forma de ingresso através de ENEM e ampliou o número de vagas do BI em Saúde para 300 (100 no turno vespertino e 200 no turno noturno), as quais não chegaram a ser totalmente preenchidas devido aos problemas ocorridos com o ENEM naquele ano, que ocasionaram a realização de apenas

---

2 Ver currículo dos docentes disponibilizados no site do IHAC.



uma convocação complementar à primeira. Já em 2011, mantido o número de vagas e sua distribuição por turnos, foi efetuada a matrícula em três momentos subsequentes (primeira, segunda e terceira chamada), resultando no preenchimento da maioria delas.

Uma vez efetivada a matrícula dos selecionados, considerou-se importante a caracterização do perfil dos alunos, tendo sido aplicado um questionário aos que compareceram às aulas nos primeiros 15 dias em março de 2009, buscando-se identificar suas características demográficas (sexo e idade), procedência do sistema educacional do segundo grau (público ou privado), formação prévia (completa ou incompleta e em que área), bem como o motivo da escolha pelo BI, as expectativas com relação ao curso e a percepção acerca das perspectivas quando concluíssem o mesmo.

Do universo dos alunos dos quatro cursos, 560 preencheram o questionário (62 % do total de alunos), correspondendo à seguinte distribuição por áreas: 144 de Artes (25,7%), 47 de Ciência e Tecnologia (8,4%), 284 de Humanidades (50,7%) e 85 de Saúde (15,2%). Os dados foram processados por meio do programa EPINFO obtendo-se as frequências simples das variáveis pesquisadas, a partir das quais foram construídas as tabelas que sintetizam os resultados obtidos. (TEIXEIRA et al., 2009)

Especificamente com relação ao perfil dos alunos do BI em Saúde, os dados processados revelam que 74 % tinham menos de 24 anos de idade, sendo que 40% tinham entre 16 a 19 anos (Tabela 1, em anexo). Apenas 11% do total eram maiores de 30 anos, chamando à atenção a presença de um aluno de mais de 50 anos. Quanto ao sexo, observou-se uma discreta maioria de mulheres: 58% (Tabela 2, em anexo). Com relação à procedência do sistema educacional, a grande maioria provinha de escolas particulares (67%) e 71% informaram não ter formação prévia, sendo o BI a sua porta de entrada na Universidade (Tabelas 3 e 4, em anexo). Dos demais, 12% informaram já ter concluído um curso de graduação, dos quais mais da metade na área de Saúde, sendo que 15% haviam passado por outros cursos, sem haverem concluído.

Essas características gerais dos alunos matriculados em 2009, de certa forma, correspondem ao perfil dos aprovados tradicionalmente para os cursos de Saúde, no exame vestibular, ou seja, são jovens de classe média, que concluíram os estudos secundários em escolas particulares, pretendem profissionalizar-se na área, ainda que não estejam seguros da profissão que desejam abraçar.

As respostas dadas às perguntas acerca do motivo da escolha pelo BI e a expectativa quando da conclusão do curso confirmam essa hipótese. Embora 31,8% das respostas tenham sido classificadas na categoria “caráter inovador do curso”, indicando certa curiosidade e expectativa positiva com relação ao BI, 23,5 % afirmaram ver o BI como uma “preparação para curso profissional na área de saúde”, enquanto outros 17,6 % responderam que se encontram “indecisos quanto ao que cursar” (Tabela 1).

Chama a atenção o número razoável dos que indicaram apenas o interesse em “obter um diploma de nível superior” (15,3%), sendo que apenas 4,7% (grupo que provavelmente faz parte dos que já detêm diploma de curso superior) indicam que pretendem, com o BI, uma “renovação de carreira profissional” (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos alunos que ingressaram no BI em Saúde em 2009 segundo motivo da escolha pelo curso

<b>Motivação para cursar o BI</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Indecisão quanto ao que cursar	15	17,6
Caráter inovador do curso	27	31,8
Preparação para curso profissional da área	20	23,5
Obtenção de diploma de curso superior	13	15,3
Renovação de carreira profissional	4	4,7
Outros	6	7,1
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

A tendência predominante, ou seja, o interesse pela profissionalização se acentua nas respostas à pergunta acerca do que pretendem fazer ao concluir o curso (Tabela 2). Mais de 80% responderam que pretendiam “ingressar em um curso profissional na área”, o que revela que, mesmo parte daqueles que apontaram o caráter inovador do BI como estímulo ao ingresso tem consciência de que o BI apenas não é suficiente e não atende às suas expectativas em termos de formação superior.

Tabela 2 – Respostas dos alunos que ingressaram no BI em Saúde em 2009 com relação à

perspectiva ao final do curso

<b>Perspectiva ao final do curso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ingressar em curso profissionalizante na área	69*	81,2
Cursar uma pós-graduação	10	11,8
Ingressar no mercado de trabalho	2	2,3
Não sei	3	3,5
Outros	1	1,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

\* Destes, cinco explicitam Medicina, e um Enfermagem. Os demais apenas indicam interesse em ingressar em um curso de progressão linear na área de Saúde.

Nos anos seguintes, 2010 e 2011, novamente foram aplicados questionários aos ingressos, tendo se ampliado o número de perguntas e, conseqüentemente, de variáveis que compõem o perfil dos estudantes, vez que este processo passou a fazer parte do conjunto de pesquisas a cargo do Observatório da Vida Estudantil, implantado no IHAC em 2010.

Dados preliminares relativos a 56 questionários respondidos por estudantes do BI em Saúde de 2010 e relativos a 128 questionários respondidos pelos alunos de 2011 aproximam-se, em alguns aspectos, dos achados de 2009 e se distanciam em outros pontos. A maioria do alunado, nesses dois anos, também ingressou com menos de 24 anos de idade, é do sexo feminino, não tem formação prévia e pretende, ao concluir o curso, fazer uma graduação profissional. Porém, diferentemente do ano anterior, a maioria provém de escolas públicas (ver Tabelas 6 a 17, em anexo).

Desse modo, é possível supor que, com a mudança dos procedimentos de ingresso ao curso a partir de 2010, quando a entrada no BI passou a ser feita através da pontuação obtida pelos candidatos no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), o perfil demográfico e sócio-econômico dos alunos do curso em parte se alterou. Ainda mais se levarmos em conta que, com a aplicação do sistema de cotas adotado na UFBA,<sup>3</sup> cerca de 40% dos alunos que ingressam no BI têm sido beneficiados por esta política, o que, provavelmente, repercute no percentual daqueles que provêm de escolas públicas.

3 A análise das mudanças no acesso à UFBA com a implantação do Programa de Ações Afirmativas, e sua repercussão nos cursos de Bacharelado Interdisciplinar encontra-se em Almeida Filho, 2008, p. 159-164. Ver também Almeida Filho et al, 2005.

Como vimos, a tendência à profissionalização permanece constante, considerando-se a pressão exercida pelas famílias, tendo em vista a necessidade de inserção dos egressos no mercado de trabalho. Essa situação, ainda que não se dispondo de estudos de acompanhamento, é corroborada pela observação direta dos autores deste trabalho no contato com os alunos do curso, bem como pela mobilização das lideranças representativas do conjunto de alunos nos movimentos que têm sido desencadeados em torno da transição dos egressos do BI para os cursos profissionalizantes, como será descrito adiante.

### Atuação do colegiado do curso

A composição inicial do Colegiado do curso incluía apenas as duas professoras do IHAC que atuavam na área de saúde, um representante do corpo docente dos demais BI e os representantes dos estudantes que ingressaram em 2009. Cabe ressaltar que coube a essa representação estudantil a organização do Centro Acadêmico do BI em Saúde (CABIS), que passou a atuar dinamicamente na gestão do curso e na participação na gestão do próprio IHAC, através dos seus representantes na Congregação ampliada.

Ao longo do primeiro ano de funcionamento foram agregados ao Colegiado representantes do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Escola de Nutrição (NUT), Escola de Medicina Veterinária (MEV), Faculdade de Educação (EDU) e Faculdade de Odontologia (ODONTO). As Faculdades de Medicina, Enfermagem e Farmácia, entretanto, até o momento não encaminharam representantes, expressando, implicitamente, o desinteresse em participar do processo de implantação do curso.

A coordenação do Colegiado, que durante o primeiro semestre de 2009 foi exercida por indicação do Reitor, passou a ser legitimada pela escolha dos seus membros, em agosto daquele ano, quando, ao se contar com um número expressivo de participantes, foi realizada a eleição para coordenador e vice, sendo escolhidas as duas professoras do quadro de docentes do BI em Saúde para ocuparem estes cargos.

A principal tarefa desempenhada pelo Colegiado, nesse período, foi a elaboração do projeto pedagógico do curso, iniciada no primeiro semestre de 2009 e concluída com a aprovação da terceira versão revisada pelo Conselho Acadêmico de Ensino, em maio de 2010. (TEIXEIRA; COELHO, 2013b) Além disso, foi realizado o planejamento acadêmico semestral da oferta de com-

ponentes curriculares aos alunos do BI em Saúde, bem como se deu início e continuidade às atividades de rotina como, por exemplo, o encaminhamento dos processos de trancamento de matrícula, aproveitamento de estudos, atividades complementares e outros requerimentos dos estudantes, ao tempo em que se organizava a secretaria do curso, com a alocação de uma funcionária aprovada em concurso da Universidade.

## PLANEJAMENTO ACADÊMICO NO BI em Saúde

O planejamento acadêmico diz respeito à oferta de componentes curriculares a cada semestre do curso, tanto pelo IHAC quanto pelas demais unidades da UFBA. O planejamento acadêmico do BI em Saúde, tal como o dos demais BI do IHAC, é um processo que requer longa negociação com toda a Universidade, em decorrência do fato de a grande maioria dos componentes curriculares cursados pelos alunos dos BI poder ser ofertada por outras unidades (estes são os componentes referentes às culturas humanísticas e artísticas, os componentes optativos da área de saúde e os componentes livres). Geralmente, tal planejamento ocupa cerca de três meses de cada semestre.

Na primeira metade desse tempo, o Colegiado do BI em Saúde define quais os componentes e número de vagas que o próprio Colegiado vai ofertar aos alunos e quais os componentes e número de vagas que irá solicitar aos outros BI e às demais unidades da UFBA. Na segunda metade desse tempo, o Colegiado acompanha o retorno dos Colegiados dos outros BI e dos departamentos dos demais cursos da UFBA, referente à possibilidade de atender ou não ao que foi solicitado pelo BI em Saúde, tentando, junto aos mesmos, garantir o atendimento aos pedidos realizados ou encontrar soluções alternativas para os casos de impossibilidade, através de novas ofertas não previstas inicialmente.

Como muitos departamentos e até mesmo os demais BI, que se encontram na mesma situação de dependência em relação às demais unidades, só respondem às solicitações feitas pelo Colegiado do BI em Saúde no final do segundo tempo do planejamento e, geralmente, diversos pedidos são negados, o planejamento torna-se um processo que envolve um alto grau de incerteza.

Nesse contexto, algumas unidades têm colaborado mais na oferta de vagas ao BI em Saúde, em detrimento de outras. As unidades de saúde que não participam do Colegiado do BI em Saúde, por exemplo, como a Faculdade

de Medicina, Escola de Enfermagem e a Faculdade de Farmácia, têm ofertado poucas vagas.

O mesmo tem ocorrido com a Faculdade de Odontologia. Já o Instituto de Ciências da Saúde, o Instituto de Saúde Coletiva, o Instituto de Biologia e a Escola de Nutrição têm se destacado, na área da saúde, entre as unidades que mais têm ofertado vagas ao BI em Saúde. Nesse aspecto, no campo das Humanidades, tem se destacado o Instituto de Psicologia, as Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas, Comunicação, Educação e Direito; no campo das artes, o Instituto de Letras, as Escolas de Música, Dança e Teatro; e no campo das Ciências Exatas, os Institutos de Geociências e de Química e a Faculdade de Arquitetura.

Uma dificuldade adicional, no processo de planejamento acadêmico, diz respeito ao horário de funcionamento dos BI e dos demais cursos da UFBA. Enquanto os BI são predominantemente noturnos, os demais cursos são predominantemente diurnos, o que faz com que a oferta de vagas por parte das diversas unidades se dê em turnos que não podem ser aproveitados pelos alunos que estudam à noite e que trabalham durante o dia.

## ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO DO BI em Saúde

A noção de área de concentração diz respeito à criação e sustentação da oferta de um corpo integrado de componentes curriculares, que conforma um estudo concentrado numa determinada temática no campo da saúde, na qual se possa recortar problemáticas específicas que demandem uma abordagem interdisciplinar na produção de conhecimentos e que apontem a possibilidade de reconstrução de políticas e práticas no âmbito do sistema de saúde e da sociedade em geral.

O debate sobre a criação dessas áreas, a serem oferecidas como opção de trajetória curricular aos alunos do BI, revelou a existência de concepções distintas, embora não necessariamente antagônicas. Por um lado, apareceu a ideia de que uma área de concentração poderia resultar da reunião de componentes curriculares integrantes do projeto pedagógico de cursos profissionalizantes, servindo, assim, de uma preparação para a inserção do egresso do BI nestes cursos; e, por outro, a ideia de que uma área de concentração deveria ser um espaço de criação e fortalecimento de opções temáticas não contempladas nos cursos de progressão linear.

Em outras palavras, uma área de concentração pode ser composta por componentes curriculares dos cursos de progressão linear, “propedêutica” para ingresso nos Cursos de Progressão Linear – CPL e/ou as áreas de concentração podem corresponder ao estudo de temas interdisciplinares que não são contemplados pelos CPL atualmente existentes. No primeiro caso, as áreas de concentração poderiam vir a ser oferecidas pelas unidades acadêmicas responsáveis pelos CPL e, no segundo caso, poderiam vir a ser oferecidas pelo IHAC exclusivamente ou em parceria com outras unidades interessadas no desenvolvimento de estudos em áreas de fronteira do desenvolvimento científico e tecnológico.

No que diz respeito à oferta dessas áreas aos alunos do BI em Saúde, cabe ressaltar que, em 2008, quando da elaboração do projeto original, as áreas de concentração sugeridas eram: Saúde Animal; Saúde Humana; Ciências da Alimentação; Saúde Coletiva,<sup>4</sup> o que refletia, provavelmente, interesses específicos de algumas unidades da área de saúde que apoiavam a proposta de mudança, a exemplo do Instituto de Ciências da Saúde, da Escola de Nutrição e da Escola de Medicina Veterinária.

No ano de 2009, quando da primeira reunião oficial do Colegiado do curso, em agosto, foi apresentado o Projeto Pedagógico que estava em fase de construção aos representantes das unidades acadêmicas da área de saúde participantes, salientando-se a importância tanto da colaboração dos departamentos destas unidades na oferta de vagas nos seus componentes, quanto da colaboração no sentido da oferta de áreas de concentração para os alunos do BI, reiniciando-se, portanto, o processo de formulação de propostas destas áreas.

É digno de nota que visitas foram feitas a algumas unidades de saúde, para apresentação do Projeto Pedagógico deste novo curso. De início, duas unidades demonstraram interesse por oferecer uma área de concentração ao BI em Saúde: o ICS, que apresentou uma proposta de área de concentração em Biointeração, e o ISC, em Estudos em Saúde Coletiva. Vale à pena salientar que, no ISC, havia, inicialmente, uma proposta de área de concentração

---

4 O Instituto de Saúde Coletiva, embora se possa supor que estivesse contemplado com a proposta de criação de uma área de concentração no BI-Saúde, de fato encontrava-se empenhado na implantação do curso de formação profissional em Saúde Coletiva, aspiração antiga dos fundadores do Instituto, conforme depreende da Imagem-Objetivo definida quando de sua criação. (TEIXEIRA, 2010) A implantação do curso de graduação em Saúde Coletiva, embora tenha sido proposta desde 2002, certamente foi viabilizada também pela “janela de oportunidade” oferecida pelo REUNI.

em Comunicação e Saúde, que acabou por não se concretizar devido à decisão do ISC por oferecer a área denominada Estudos em Saúde Coletiva.

Além das referidas duas áreas de concentração, propostas pelo ICS e pelo ISC, professores do curso de Educação Física se aproximaram do BI em Saúde e demonstraram interesse em ofertar uma área de concentração em Atividade Física e Saúde. Essa área de concentração não pode ainda ser implantada por falta de aprovação interna na Congregação da Faculdade de Educação, unidade de origem responsável por tal oferta.

O Instituto de Psicologia da UFBA, por sua vez, organizou e ofertou a todos os BI, dentre eles o de Saúde, a área de concentração Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano, o mesmo ocorrendo com a área de concentração criada pelo próprio IHAC, intitulada “Estudos das Cidades”, ofertada aos alunos do BI de Humanidades, Artes e Saúde. Todos esses quatro projetos de área de concentração foram aprovados nas suas unidades de origem, no Colegiado do BI em Saúde e na Congregação do IHAC. Em 2010.2, então, essas quatro áreas de concentração foram ofertadas aos alunos do BI em Saúde, sob a responsabilidade tanto da unidade de origem quanto do Colegiado do BI em Saúde.

Os alunos se matricularam, predominantemente, nas duas primeiras áreas (Biointeração e Estudos em Saúde Coletiva), embora alguns estudantes também tivessem se matriculado nas duas últimas (Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano e Estudos das Cidades). Ao longo do curso das duas primeiras áreas de concentração, por motivos diversos, as mesmas tiveram que interromper a sua oferta. No que diz respeito à Biointeração, houve uma desistência da parte dos alunos que a iniciaram, temerosos de que seus coeficientes de rendimento geral baixassem e isto os prejudicasse na seleção interna, no momento de passagem aos cursos de progressão linear. Vale à pena ressaltar que esses alunos estavam interessados em fazer a passagem para o curso de Medicina e que a previsão, na época, era de que houvesse mais estudantes desejosos disto do que o número de vagas disponível naquele curso.

Em relação à área de Estudos em Saúde Coletiva, ao contrário, em 2011 havia o dobro do número de alunos interessados que optaram por esta área de concentração em 2010 (vale lembrar que, neste ano, o curso contava com o triplo do quantitativo de estudantes para fazer esta opção). Contrariando as expectativas dos alunos e do Colegiado do BI em Saúde, entretanto, o então coordenador dessa área comunicou, em meados de 2011, que o ISC não teria condições de continuar ofertando-a, nem para os novos interessados,



nem para os que nela haviam ingressado em 2010 e que, portanto, necessitavam apenas cursar um semestre para concluí-la.

Tentativas diversas foram feitas no sentido, ao menos, de concluir a oferta para os que a iniciaram, mas o ISC manteve a sua posição de não dar continuidade a essa área, sequer para esses alunos. Atualmente, então, no BI em Saúde, encontram-se, em andamento, as três demais áreas de concentração já mencionadas (Biointeração, Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano e Estudos das Cidades) e novos alunos, ingressos em 2010, começaram a cursar as mesmas.

A diretriz de ampliação do leque de oferta de áreas de concentração e do número de vagas nas mesmas existe, como um desafio a ser conquistado, porém é digno de nota que nem todos os docentes atualmente concordam com esta diretriz. Há quem defenda a importância dos alunos permanecerem na Grande Área do curso, cursando, da forma mais livre possível, componentes curriculares nas diversas unidades da UFBA e no próprio IHAC, ampliando e diversificando, assim, ao invés de concentrando, os seus estudos nas diversas “culturas”.

A partir do segundo semestre de 2010, o Colegiado passou a contar também com a participação dos sete novos docentes do BI em Saúde (dois redistribuídos de outras Universidades e cinco selecionados através de concurso público, conforme já mencionado), intensificando um trabalho interno de revisão e aperfeiçoamento dos programas de curso dos componentes curriculares obrigatórios, ao tempo em que se ampliou a oferta de componentes optativos, visando compensar a insuficiência de vagas nos componentes oferecidos pelas demais unidades da UFBA, face ao aumento do número de alunos matriculados no BI.

Vale ressaltar que, nesse momento, segundo semestre de 2010, os alunos da primeira turma (ingressos em 2009) já estavam, em sua maioria, integralizando os componentes curriculares obrigatórios, demandando, portanto, matrícula nos componentes optativos, principalmente na área de saúde (11 componentes, segundo o projeto pedagógico). Nesse período, também, o Colegiado do BI em Saúde intensificou os esforços para a organização das áreas de concentração, através de entendimentos com as unidades que haviam se prontificado a oferecê-las.

Esse processo atravessou e envolveu não só o Colegiado do BI em Saúde, senão que toda a comunidade do IHAC, várias outras unidades da UFBA e as instâncias superiores de gestão do Ensino de Graduação, e ainda não se encontra totalmente concluído. Os desdobramentos específicos no âmbito do BI em Saúde incluíram um amplo debate acerca da noção de área de concentração, a pertinência de sua organização em um curso de graduação e as possibilidades de organização e oferecimento de determinadas áreas de concentração aos alunos do BI em Saúde, face às dificuldades operacionais e gerenciais enfrentadas pelas unidades proponentes.

Em 2011, o tema que passou a galvanizar os debates no âmbito do Colegiado do BI em Saúde, face à proximidade de conclusão do curso pela turma que ingressou em 2009, foram os procedimentos e critérios de ingresso nos Cursos de Progressão Linear, tema que passou a ser abordado sistematicamente pelos Colegiados dos outros BI e principalmente pela Congregação do IHAC, em cujas reuniões destacaram-se os representantes dos Centros Acadêmicos, extremamente motivados face à inquietação dos estudantes diante das suas perspectivas de formação e inserção no mercado de trabalho.

Cabe recordar que, quando da aprovação do projeto pedagógico original dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, em 2008, o Conselho Universitário havia aprovado uma Resolução que destina, a partir de 2012, pelo menos 20% das vagas de todos os cursos da UFBA aos egressos dos BI (UFBA, 2008), postergando, para o período oportuno, o debate em torno dos critérios que deveriam ser observados para a efetivação dessa transição.

Esse processo veio a ocorrer durante o ano de 2011, envolvendo a comunidade do IHAC como um todo, a qual, em sucessivas reuniões de Congregação, discutiu e elaborou propostas encaminhadas, através dos seus representantes, ao Conselho Acadêmico de Ensino, para subsidiar as decisões a serem adotadas de comum acordo com as demais unidades.

Depois de acirrados debates, o Conselho aprovou uma Resolução que determina os aspectos a serem levados em conta pelos Colegiados de Cursos de Progressão Linear sob responsabilidade das diversas unidades, para aceitarem a matrícula dos egressos dos BI, enfatizando a apreciação do coeficiente de rendimento acadêmico adquirido durante o BI, ponderado conforme a configuração da trajetória seguida pelo aluno durante o curso, buscando privilegiar a escolha por componentes do Cursos de Progressão Linear (CPL) pretendido e, em segundo lugar, por componentes optativos

da área de conhecimento específica do BI. (UFBA, 2011) Tal Resolução reacendeu, dentro do IHAC, o debate em torno da restrição dos BI à sua finalidade propedêutica, à condução do alunado para uma escolha profissional precoce (a fim de garantir uma pontuação maior no momento da seleção para o CPL) e produziu insatisfação quanto a impossibilidade de se fazer, no momento de conclusão do curso e transição para outro CPL, uma escolha profissional e uma passagem para uma profissão de outra área do conhecimento.

Em meio a esse processo, e antes mesmo do surgimento da Resolução 06/2011, o mandato da coordenação e vice-coordenação do Colegiado do curso eleita em 2009 foi encerrado, em agosto de 2011. Considerando que o essencial do primeiro momento de implantação do curso estava concluído, sendo importante que novos docentes assumam a responsabilidade pela consolidação do mesmo, passando, portanto, pela experiência de coordenação, foi feita nova eleição. Dois novos docentes foram escolhidos por consenso dos integrantes do Colegiado e assumiram a coordenação e vice-coordenação, em setembro de 2011, após um breve período de transição, no qual foram transferidos os encargos ainda em andamento.

### Execução do Projeto Pedagógico do BI em Saúde 2009-2011

O planejamento acadêmico da oferta de componentes curriculares em ambos os semestres de 2009 e no primeiro semestre do ano seguinte, enquanto o Colegiado trabalhava na elaboração do Projeto Pedagógico, seguiu as linhas gerais definidas no projeto original, não se configurando incoerência com a proposta construída ao longo do ano e aprovada em maio de 2010. Desse modo, podemos tomar como referência para descrever o processo gradativo de implantação dos diversos componentes curriculares o Fluxograma definido e aprovado em sucessivas reuniões do Colegiado, da Congregação e, finalmente, do Conselho Acadêmico de Ensino.

Como se pode visualizar no Quadro 1, os alunos matriculados regularmente nos diversos componentes curriculares cursaram, no Eixo Interdisciplinar, os “*Estudos da contemporaneidade*” I (2009.1) e II (2009.2), componentes que, no primeiro semestre, foram ministrados por uma docente da área de saúde (2 turmas) e, no segundo semestre, ficaram sob a responsabilidade de outros docentes do IHAC, da área de Humanidades.

Os conteúdos abordados incluíram temas como “Globalização”, “Corpo”, “Identidade e Subjetividade”, “Política”, “Economia e Mercado”, “Ciência e Tecnologia”, tratando-se de introduzir os estudantes a uma abordagem interdisciplinar de cada um desses temas gerais, ao tempo em que se buscava estimular, através da preparação de seminários, que cada grupo de alunos aproximasse o tema geral ao campo da Saúde.

Assim, por exemplo, o debate acerca do tema “Globalização” partiu da revisão do pensamento de Milton Santos (2008) e contemplou as repercussões desse processo na saúde da população mundial, destacando-se a temática das epidemias e pandemias da contemporaneidade. O estudo do tema “Corpo”, por sua vez, resgatou a historicidade dos estudos sobre o corpo humano, desde o surgimento da Anatomia até o debate que ocorre atualmente no âmbito da Sociologia do corpo (BRETON, 2006), conduzindo à reflexão acerca das concepções do corpo que são adotadas no âmbito das ciências da saúde.

Do mesmo modo, o debate sobre Política conduziu à reflexão sobre as Políticas de saúde no Brasil, discutindo-se especialmente o processo de Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008), assim como o estudo acerca do Mercado levou à reflexão sobre os determinantes da organização dos sistemas de saúde no mundo ocidental e no Brasil, em particular, iniciando-se uma reflexão sobre a coexistência, em nosso país, do Sistema Único de Saúde e o Sistema de Assistência Médica Supletiva (BAHIA, 2005)

Quanto ao estudo da Ciência e Tecnologia, igualmente, foi possível partir da análise da revolução científica e tecnológica no mundo contemporâneo à problematização das características atuais das práticas de saúde, marcadas pela intensa incorporação de tecnologias, tanto no âmbito da clínica (métodos diagnósticos e produtos terapêuticos), quanto no âmbito da saúde coletiva (promoção da saúde e prevenção de riscos), exemplificando-se com o debate sobre os modelos de atenção à saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006) e a problemática relativa à produção, distribuição e consumo de medicamentos. (ROSENFELD, 1989)

Paralelamente, os alunos cursaram os componentes curriculares do Eixo Linguagens, especificamente “*Língua portuguesa, poder e diversidade cultural*” (2009.1) e “*Leitura e produção de textos em língua portuguesa*” (2009.2), ambos ministrados por docentes do Instituto de Letras, os quais se constituíram em espaço de reapropriação crítica dos fundamentos e do reaprendizado do manejo da língua, o que por vezes gerou certo

estranhamento e resistência por parte dos alunos. Esse Eixo, conforme definido no Projeto Pedagógico, completou-se com o oferecimento, já em 2010, do componente curricular “*Oficina de Textos acadêmicos e técnicos em saúde*”, voltado a familiarizar o estudante com a linguagem científico-técnica da área, através da leitura e análise crítica de artigos, projetos, planos, relatórios etc. (SILVA; PIMENTEL, 2013)

Essa experiência, juntamente com a inserção dos estudantes em componentes curriculares do Eixo Culturas, notadamente aqueles oferecidos pelas áreas de Humanidades e Artes, contribuiu para a exposição dos alunos a distintos conteúdos e perspectivas, em termos de conhecimento, fazendo confluir uma série de questionamentos acerca do sentido e significado da proposta do BI, os quais se articularam ao processo de elaboração do projeto pedagógico, em curso naquele ano, e repercutiram nos debates que ocorreram no âmbito dos componentes curriculares e das atividades desenvolvidas no Eixo da formação específica em Saúde.

Essas atividades incluíram, conforme explicitado no Fluxograma do curso, os componentes curriculares “Introdução ao campo da saúde”, “Campo da saúde: saberes e práticas” e “Saúde, Educação e trabalho”, seguindo-se uma lógica de articulação de conteúdos que partiu, no primeiro semestre de 2009, da revisão do conceito de saúde, ao longo da história das diversas sociedades (BATISTELLA, 2007b; SCLIAR, 2007), contemplando o debate acerca das abordagens contemporâneas ao conceito (BATISTELLA, 2007a; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002), bem como às noções de risco, vulnerabilidade, prevenção e promoção da saúde. (ALMEIDA FILHO, 1997; AYRES et al., 2003; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; GONDIM, 2007)

Já no segundo semestre, o curso abordou a situação de saúde da população brasileira e a problemática da organização dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, recorrendo, inclusive, a exposição de filmes,<sup>5</sup> tema que conduziu ao debate sobre os movimentos sociais no campo da saúde, com ênfase na Reforma Sanitária Brasileira e no processo de construção do Sistema Único de Saúde. (BAHIA, 2005; BARRETO; CARMO, 2007; PAIM,

---

5 Especialmente o longa metragem “Sicko”, de Michael Moore, cineasta americano, que expõe, de forma comparada, as características dos sistemas inglês, francês, canadense, americano e cubano; e também o documentário produzido pela FIOCRUZ, “Política de saúde no Brasil”, que traz uma visão panorâmica da história das políticas e da organização dos serviços de saúde no Brasil em distintas conjunturas da República, desde o início do século XX aos dias atuais.

2008, 2009) Em ambos esses componentes, buscou-se desenvolver, no alunado, uma reflexão crítica e interdisciplinar dos saberes e das práticas no campo da saúde, através do estudo e da apropriação dos seus temas essenciais a partir da contribuição também de outros campos, como o humanístico, o artístico e o midiático.

Na sequência, já no primeiro semestre de 2010, foi oferecido o componente curricular “*Racionalidades em saúde: sistema médicos e práticas alternativas*” (TEIXEIRA; ROCHA, 2013), com o qual se pretende ampliar a visão dos estudantes para além das concepções e práticas presentes na cultura hegemônica no campo da saúde. No projeto pedagógico definitivo, este componente, que se pensava inicialmente como obrigatório, passou a ser considerado optativo, deixando, de ser oferecido anualmente.

O componente curricular obrigatório que completa o Eixo da formação específica em Saúde foi, de fato, oferecido no segundo semestre de 2010, depois que se conseguiu contratar os docentes aprovados em concurso. Trata-se de “*Saúde, Educação e Trabalho*”, cujo conteúdo abarca o estudo das características das diversas profissões da área de saúde e as tendências da formação e do mercado de trabalho no setor, desenvolvendo-se uma reflexão apoiada em textos sobre o tema,<sup>6</sup> e palestras com profissionais convidados, representantes das 13 profissões da área de saúde.

Além dos componentes curriculares descritos, os alunos regulares da turma de 2009 tiveram acesso a um conjunto heterogêneo de componentes curriculares optativos da área de saúde, dos quais podemos destacar os que foram oferecidos pelo ICS, notadamente as disciplinas que constituem o ensino básico dos cursos de Progressão Linear da área de saúde, como Anatomia, Bioquímica, Imunologia e outras; os componentes oferecidos pelo ISC, a exemplo de Teorias Sociais em Saúde; pela Escola de Nutrição, como aspectos sócio-culturais da alimentação e da nutrição; dentre outros. Tudo isso, em meio às aulas de música, dança, teatro, canto, cinema, meio ambiente, tecnologia, educação, línguas estrangeiras, psicologia, gênero, filosofia e ciências sociais, que conformam os componentes livres e do eixo das “culturas”, produz uma rica trajetória de formação acadêmica, desenhada,

---

6 A bibliografia do curso é extensa, destacando-s textos que discutem o impacto das mudanças tecnológicas na organização do trabalho em saúde e as tendências da formação de pessoal em saúde no Brasil. Ver Nogueira (2002), Martins (2004), Machado (2007), Baraldi (2009), bem como a Legislação que regulamenta as diversas profissões, acessadas pelos alunos através da Internet.

em seu detalhamento, pelas escolhas dos estudantes, motivadas pelos seus diversos anseios.

Quadro 1 – Fluxograma do BI em Saúde 2009-2011

<b>1º Semestre (2009.1)</b>	<b>2º Semestre (2009.2)</b>	<b>3º Semestre (2010.1)</b>
HAC A10 - Introdução ao Campo da Saúde	HAC A40 - Campo da Saúde: Saberes e Práticas	HAC B17 - Saúde, Educação e Trabalho
Cultura 1	Cultura 2	Cultura 3
HAC A01 - Estudos sobre a Contemporaneidade I	HAC A34 - Estudos sobre a Contemporaneidade II	Cultura 4
Componente Livre	Componente Livre	Componente Livre
LET E43 – Língua Portuguesa, Poder e Diversidade Cultural	LET E45 – Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa	HAC A78 - Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde
<b>Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)</b>		

<b>4º Semestre (2010.2)</b>	<b>5º Semestre (2011.1)</b>	<b>6º Semestre (2011.2)</b>
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde
Optativa da Área de Saúde	Optativa da Área de Saúde	Componente Livre
Componente Livre	Componente Livre	Componente Livre
<b>Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)</b>		

Fonte: Teixeira e Coelho (2013).

Essa exposição diversificada a conteúdos e estratégias pedagógicas diferentes estimulou o levantamento de uma série de questões conceituais e metodológicas por parte dos alunos, que se apresentaram ao corpo docente do BI em diversos momentos, tanto em debates travados em aulas

e seminários, quanto por ocasião das reuniões de orientação pedagógica, que passaram a ocorrer a partir de 2010, quando se pode dispor de uma quantidade de docentes compatível com a organização desta atividade. Várias destas questões estão descritas e analisadas nos capítulos desta coletânea destinados a relatar as experiências levadas a cabo no âmbito de componentes curriculares específicos ou através do desenvolvimento dos projetos de pesquisa e extensão que contaram com a participação de alunos do curso ao longo dos três anos.

Para concluir a descrição do fluxograma do curso, cabe registrar o monitoramento das atividades complementares realizadas pelos alunos. De acordo com o Projeto Pedagógico, tais atividades precisam ser reconhecidas e legitimadas enquanto tais pelo Colegiado de curso, daí que, em 2010, foi organizado um “dossiê” de cada aluno, contendo cópia dos documentos comprobatórios da realização destas atividades, o qual passou a ser analisado periodicamente por um docente do curso, com vistas à contabilização da carga horária completada por cada estudante. Desse modo, foi possível ao Colegiado aprovar, periodicamente, a integralização desta carga horária, informando, subsequentemente, aos alunos que não alcançaram o número necessário, para que pudessem se programar para tal, inclusive inserindo-se nos projetos sob responsabilidade dos docentes do curso.

### Problemas enfrentados na implantação e desafios para a consolidação do BI em Saúde

O processo de implantação do BI em Saúde vem se dando em um contexto institucional complexo, no qual a coordenação, os docentes e alunos do curso se envolvem com processos mais gerais de organização e gestão do IHAC e com os processos específicos de implantação dos demais cursos de Bacharelado (Artes, Humanidades e Ciência e Tecnologia).

Nesse contexto, aparecem problemas decorrentes das relações estabelecidas no ambiente interno do Instituto, bem como das relações estabelecidas com as demais unidades universitárias da UFBA e com as instâncias superiores da administração central, encarregadas da formulação e implementação de políticas e normas reguladoras do cotidiano da instituição. Tais problemas, entretanto, ganham significado distinto, de acordo com a perspectiva adotada pelos diversos atores envolvidos.



Assim é que, na perspectiva dos estudantes, os problemas mais importantes enfrentados no período de implantação do curso foram, de um lado, a definição dos critérios e dos procedimentos para ingresso posterior nos Cursos de Progressão Linear e, de outro, a inquietação quanto à possibilidade ou não de inserção no mercado de trabalho em saúde uma vez tendo concluído o curso.

Do ponto de vista da coordenação do curso, os maiores problemas decorreram das dificuldades enfrentadas para a adaptação do “projeto original” às condições concretas de operacionalização do curso, pelas resistências de ordem política enfrentadas em algumas instâncias superiores da UFBA e em algumas Unidades acadêmicas da área de Saúde.

Já do ponto de vista da equipe docente, é provável que os maiores problemas tenham sido decorrentes das insuficiências internas ao IHAC que foram vivenciadas neste período, como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho derivada do número exíguo de professores em 2009, a turbulência causada pela concomitância entre a elaboração do projeto pedagógico e a implantação do mesmo, as deficiências de infraestrutura e a instabilidade política vivenciada no processo de implantação do Instituto.

O problema maior, talvez, que afeta direta e indiretamente a todos os sujeitos envolvidos no processo de implantação do BI, diz respeito à tensão que se estabeleceu na UFBA entre o modelo de formação superior seguido pela maioria das unidades acadêmicas e cursos, ou seja, o modelo que enfatiza a organização do conhecimento por disciplinas e a formação profissional voltada para a inserção dos egressos no mercado de trabalho, e o modelo proposto pelo BI, de caráter interdisciplinar, sem subordinação imediata à fragmentação que caracteriza a formação profissional nas diversas áreas.

Ainda é cedo para sabermos como essa tensão se resolverá, se tenderá à convivência construtiva ou destrutiva entre os dois modelos, com o fortalecimento ou enfraquecimento do projeto dos BI, o que dependerá, evidentemente, da forma como se definam o encaminhamento de questões estratégicas, que definem a natureza do BI e a posição que estes cursos ocupam (ou ocuparão) no conjunto dos cursos oferecidos pela UFBA.

## Comentários finais

Com base na experiência relatada neste capítulo, é possível apontar alguns aspectos que merecem estudos e pesquisas mais aprofundadas acerca da im-

plantação do BI em Saúde, de modo a identificar os resultados positivos ou negativos deste processo, tanto do ponto de vista dos alunos que passaram pelo curso, quanto dos docentes envolvidos e, principalmente, do ponto de vista do impacto que porventura venha a provocar em termos de mudança na arquitetura da formação superior na área de Saúde na UFBA.

Em primeiro lugar, cabe assinalar a necessidade do monitoramento da trajetória dos estudantes, com avaliação das tendências em termos do interesse pelo curso e seguimento dado após sua conclusão. Dados preliminares apontam que a taxa de evasão dos alunos situa-se entre 25% a 30% dos matriculados, o que, em princípio, não dista muito do que se verifica na maioria dos cursos da Universidade. Observações e registros esparsos dão conta da multiplicidade de percepções dos alunos que ingressam no curso, variando da simples curiosidade ao encantamento com a proposta, cabendo analisar mais detidamente como esta percepção vem evoluindo ao longo do curso. Também com relação aos estudantes, cabe aprofundar a análise do perfil sócio-econômico e cultural, de modo a se avançar com a implementação de políticas voltadas a garantir sua permanência na UFBA e o entusiasmo evidenciado por muitos, com a defesa e construção do projeto.

Em segundo lugar, vale ressaltar o empreendedorismo dos docentes envolvidos no processo de implantação do curso, expresso pelo interesse na elaboração de projetos de pesquisa, extensão e mesmo no aperfeiçoamento contínuo das atividades didático-pedagógicas, cabendo avançar na ampliação e consolidação da equipe, bem como de suas relações com docentes e pesquisadores de outras unidades acadêmicas que apoiam a implantação do BI em Saúde. Além disso, é necessário aperfeiçoar o acompanhamento e avaliação do processo de planejamento acadêmico e de gestão do curso, de modo a se garantir o apoio de grande número de unidades acadêmicas da UFBA e dos órgãos da Direção Central da Universidade, visando o fortalecimento das condições políticas e operacionais necessárias ao desenvolvimento do curso.

Na perspectiva dos docentes (médio e longo prazo) e do Colegiado do curso, consideramos importante consolidar a experiência do curso, de modo a que este venha a se apresentar como uma estratégia de mudança ao modelo de ensino universitário na área de saúde no Brasil, ou seja, que a proposta do BI venha a se configurar como uma opção viável para a introdução do regime de ciclos, que contemple, no primeiro ciclo, a formação geral no campo da saúde, com ênfase na compreensão abrangente da problemática de saúde no Brasil e

no mundo contemporâneo, de modo a sensibilizar os futuros profissionais e trabalhadores da área a enfrentar os complexos desafios que vêm se colocando no âmbito das ciências, das tecnologias e das práticas de saúde na atualidade.

Posto isso, cabe concluir afirmando que, apesar das dificuldades enfrentadas no processo de implantação do curso, o BI em Saúde, da forma como vem sendo implementado, constitui um espaço de formação universitária de caráter introdutório ao campo da saúde, enfatizando a apropriação de conhecimento e desenvolvimento de habilidades e valores que contemplam a compreensão da dimensão histórica e social das concepções e práticas de saúde, contribuindo assim para o enriquecimento, a humanização e o aprimoramento da futura formação profissional nesta área.

Ademais, permite ao estudante situar-se e sensibilizar-se com relação aos determinantes sociais dos problemas de saúde, às propostas de enfrentamento destes problemas configuradas nas políticas formuladas e implementadas no âmbito dos sistemas de saúde e a configuração do mercado de trabalho para as distintas profissões e ocupações da área, de modo a poder decidir, com mais clareza, o rumo que pretende imprimir à sua vida do ponto de vista intelectual, profissional e político.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Des-construindo o conceito de Risco. In: \_\_\_\_\_. *A Clínica e a epidemiologia*. 2. ed. Salvador: APCE-ABRASCO, 1997. p. 123-152.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. *Ações afirmativas na Universidade Nova: o caso da UFBA*. Salvador: CEAO, 2005.
- 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. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- 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. In: LIMA, N. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.
- BARALDI, S. et al. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, nov./fev. 2008-2009.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007a. p. 51-86.

\_\_\_\_\_. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007b. p. 25-49.

BRETON, D. L. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006. 102 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

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

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

GONDIM, G. Do conceito de risco ou da precaução: entre determinantes e incertezas. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 87-119.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação de saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARTINS, M. I. C. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 251-270, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional*. Brasília: OPAS, 2002. p. 31-44.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 142 p.

\_\_\_\_\_. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ROCHA, M. D. et al. Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [s. n.] No prelo. 2013.

ROSENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, J. R.; TOGNON, G.; ROSENFELD, S. *Epidemiologia de medicamentos*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 21-39.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A Universidade no século XXI: para uma Universidade Nova*. Coimbra: Almedina, 2008. 183 p.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2008. 236 p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-42, 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: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.

TEIXEIRA, C. F. Instituto de Saúde Coletiva: história, projeto e práticas. In: TOUTAIN, L. M. B.; SILVA, R. R. G. da. *UFBA: do século XIX ao século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 559- 580.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. A construção do projeto pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 129-167.

TEIXEIRA, C. F. et al. Perfil do ingresso aos cursos de Bacharelado Interdisciplinar do IHAC-UFBA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL BAHIA (UFBA). Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC). *Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: [S.n.], 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Acadêmico de Ensino. *Resolução no 6/2011*. Salvador: [S.n.], 2011.

## ANEXOS

Tabela 1 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo faixa etária, UFBA, 2009

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
16 a 19	34	40,0
20 a 24	29	34,1
25 a 29	11	12,9
30 a 39	9	10,6
40 a 49	-	-
+ de 50	1	1,2
Sem informação	1	1,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo sexo, UFBA, 2009

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	34	40,0
Feminino	50	58,8
Sem informação	1	0,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo procedência no sistema educacional, UFBA, 2009

<b>Procedência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Escola Pública	28	32,9
Escola Particular	57	67,1
<b>Total</b>	<b>559</b>	<b>100,0</b>

Tabela 4 - Distribuição dos alunos do BI segundo formação prévia, UFBA, 2009

<b>Formação prévia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Não	61	71,8
Sim		
a) completa	{ 11 }	{ 12,9 }
b) incompleta	{ 13 }	{ 15,3 }

Sub-total	24	28,2
Total	85	100,0

\* 5 dos 193 que possuíam graduação, não especificaram o curso

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos alunos do BI em Saúde com relação aos cursos realizados (completo/incompleto) segundo áreas de formação, UFBA, 2009.

Área de Formação previa	Nº	%
Área 1 – Ciências Exatas	5*	19,2
Áreas 2 – Ciências da Saúde	14**	53,8
Área 3 - Ciências Humanas	5***	19,2
Área 4 - Letras	2	7,7
Área 5 – Artes	-	
Total	26 #	100,0

# dois alunos referem ter cursado mais de um curso

\*Arquitetura (1), Engenharia mecânica (1), Engenharia química (1), Ciência da computação (1) e Processamento de dados (1)

\*\* Enfermagem (3), Agronomia (1), Fisioterapia (1), Fonoaudiologia (2), Odontologia (4), Nutrição (1), Biologia (1) e Ciências naturais (1)

\*\*\* Direito (3), Publicidade (1) e Ciências econômicas (1)

Tabela 6 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo faixa etária, UFBA, 2010

Faixa etária	Nº	%
16 a 19 anos	16	28,6
20 a 23 anos	17	30,4
24 a 27 anos	8	14,3
28 a 31 anos	5	8,9
32 a 35 anos	2	3,6
36 a 39 anos	1	1,8
De 40 a 43 anos	2	3,6
De 44 a 47 anos	2	3,6
De 48 a 51 anos	1	1,8
Sem informação	2	3,6
Total	56	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 7- Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo sexo, UFBA, 2010

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	19	33,9
Feminino	37	66,1
Sem informação	-	-
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 8 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo procedência no sistema educacional, UFBA, 2010

<b>Procedência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Escola Pública	33	58,9
Escola Particular	23	41,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 9 - Distribuição dos alunos do BI segundo formação prévia, UFBA, 2010

<b>Formação prévia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sem informação	1	1,8
Não	30	53,6
Sim	25	44,6
a) completa	9	16,1
b) incompleta	16	28,5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.



Tabela 10 - Distribuição das respostas dos alunos do BI em Saúde com relação aos cursos realizados (completo/incompleto) segundo áreas de formação, UFBA, 2010

Área de Formação previa	Nº	%
Ciências exatas e da terra	1	1,8
Ciências Biológicas	3	5,4
Ciências da Saúde	9	16,1
Ciências Sociais Aplicadas	3	5,4
Ciências Humanas	6	10,7
Linguística, Letras e Artes	1	1,8
Mais de um curso/área	2	3,6
Não se aplica	30	53,6
Sem informação	1	1,8
Total	56	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 11 - Respostas dos alunos que ingressaram no BI em Saúde em 2010 com relação à perspectiva ao final do curso

Perspectiva ao final do curso	Nº	%
1 Fazer seleção interna e ingressar num curso tradicional	48	75,0%
2 Ingressar no mercado de trabalho com esta formação	2	3,1%
3 Fazer um concurso com o diploma de Bacharel	3	4,7%
4 Ingressar num programa de pós-graduação	8	12,5%
5 Não sabe	3	4,7%
Total	64	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2010. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 12 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo faixa etária, UFBA, 2011

Faixa etária	Nº	%
16 a 19 anos	44	34,4
20 a 23 anos	38	29,7

24 a 27 anos	21	16,4
28 a 31 anos	9	7,0
32 a 35 anos	3	2,3
36 a 39 anos	5	3,9
40 a 43 anos	2	1,6
44 a 47 anos	1	0,8
48 a 51 anos	2	1,6
56 anos ou mais	1	0,8
Sem informação	2	1,6
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 13 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo sexo, UFBA, 2011

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	40	31,3
Feminino	88	68,8
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 14 - Distribuição dos alunos do BI em Saúde segundo procedência no sistema educacional, UFBA, 2011

<b>Procedência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Escola Pública	67	52,3
Escola Particular	61	47,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 15 - Distribuição dos alunos do BI segundo formação prévia, UFBA, 2011

Formação prévia	Nº	%
Sem informação	4	3,1
Não	71	55,5
Sim	53	41,4
a) completa	24	18,8
b) incompleta	29	22,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 16 - Distribuição das respostas dos alunos do BI em Saúde com relação aos cursos realizados (completo/incompleto) segundo áreas de formação, UFBA, 2011

Área de Formação previa	Nº	%
Ciências exatas e da terra	2	1,6
Ciências Biológicas	12	9,4
Engenharias	2	1,6
Ciências da Saúde	19	14,8
Ciências Sociais Aplicadas	7	5,5
Ciências Humanas	8	6,3
Linguística, Letras e Artes	2	1,6
Não se aplica	71	55,5
Sem informação	5	3,9
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.

Tabela 17 - Respostas dos alunos que ingressaram no BI em Saúde em 2011 com relação à perspectiva ao final do curso

<b>Perspectiva ao final do curso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1 Fazer seleção interna e ingressar num curso tradicional	112	78,3%
2 Ingressar no mercado de trabalho com esta formação	8	5,6%
3 Fazer um concurso com o diploma de Bacharel	7	4,9%
4 Ingressar num programa de pós-graduação	14	9,8%
5 Não sabe	2	1,4%
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil de Calouros dos Bacharelados Interdisciplinares, 2011. UFBA: IHAC/OVE/PET; CPD/Projetos Especiais.



## SEGUNDA PARTE

---



# Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Vanessa Prado dos Santos

Bárbara Menezes da Silva

Evelyn Martins Reale de Oliveira

## Introdução

Este capítulo tem como premissa a importância da centralidade da discussão sobre as concepções e práticas de saúde e doença na educação superior em saúde. Entendendo o campo da saúde como um campo de saberes e de práticas (ALMEIDA FILHO, 2011), buscamos no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI em Saúde), promover um debate ampliado sobre este tema, logo a partir do 1º ano do curso, através dos componentes curriculares obrigatórios do eixo específico da saúde, ofertados no 1º e 2º semestre, intitulados Introdução ao Campo da Saúde e Campo da Saúde: Saberes e Práticas. Outros componentes curriculares e atividades, ao longo do curso, a exemplo dos Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde, fazem um aprofundamento epistemológico de tal questão.

Sabemos que as concepções e práticas de saúde-doença vêm sendo discutidas em diversos campos e que, no campo da saúde, esta discussão está no centro tanto da produção de conhecimento, quanto das práticas profissionais e não-profissionais. Tal debate tem tomado feições particulares, a depender do contexto teórico-prático do campo que o adote. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005) Na perspectiva epistemológica e biológica,



por exemplo, são referências os desenvolvimentos de Canguilhem e Boorse. Canguilhem (1995) criou uma distinção original entre normalidade e saúde, ao tempo em que efetuou um rompimento com a visão tradicional destes conceitos enquanto adaptativos às normas científicas e sociais vigentes. Boorse (apud ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002), por sua vez, numa direção contrária, manteve-se na perspectiva tradicional da compreensão da saúde enquanto ausência de doença, e vice-versa. No eixo psicológico, a referência primeira é, inegavelmente, a obra de Sigmund Freud que, já no início do século XX, rompeu com a disjunção entre os fenômenos normais e patológicos, defendendo que ambos são produtos de mesmos mecanismos mentais. (FREUD, 1980, v. 6) Essa compreensão não o impediu de tecer critérios diferenciais entre tais fenômenos. (FREUD, 1980, v. 6) No campo da psicopatologia, por seu turno, Jaspers (1985) se destaca por ter distinguido a normalidade da normalidade estatística.

Nas ciências sociais, por fim, é digna de nota a contribuição dos teóricos do rótulo, que problematizaram os efeitos do estigma no tratamento social das pessoas consideradas doentes, a partir dos papéis sociais e da classificação dos indivíduos. (BECKER, 1963; GOFFMAN, 1988; SCHEFF, 1966) Autores da antropologia médica, etnopsiquiatria e etnopsicanálise também têm agregado importantes aportes a esta discussão. Antropólogos como Corin (1995), Good (1994), Good e Good (1980), Bibeau (1988), Kleinman (1978, 1980, 1988) e Young (1982) chamaram a atenção para a relevância dos significados atribuídos pelos indivíduos aos seus processos de saúde-doença, no que diz respeito às buscas e alianças terapêuticas efetuadas nas diversas esferas do cuidado à saúde. Devereux (1971) assinalou a interação entre os fenômenos patológicos e os aspectos culturais, propondo uma definição para a saúde como abertura às mudanças. Laplantine (1994), por sua vez, propôs critérios epistemológicos para o conceito de normalidade.

## A pesquisa com os alunos do BI em Saúde

Nesse contexto, buscamos realizar, com os alunos do BI em Saúde, esta discussão não apenas em nível de ensino, como falamos, mas também em nível de pesquisa. Investigamos as concepções e práticas de saúde e doença entre alunos ingressos, em 2009, no 1º ano do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, objetivando também conhecer a autopercepção dos

estudantes quanto ao seu estado de saúde e/ou doença, bem como as suas ações de manutenção da saúde e buscas terapêuticas. Aplicamos um questionário contendo as seguintes perguntas abertas: 1) Você se sente saudável? Por quê? 2) O que você considera importante cuidar para manter boa saúde? 3) O que é saúde para você? 4) Você se sente doente? Por quê? 5) Que providências você toma quando está doente? 6) O que é doença para você? Os questionários foram aplicados em sala de aula e respondidos manualmente pelos alunos, de forma livre. Alguns estudantes responderam ao questionário mais de uma vez.

As respostas aos 131 questionários dadas pelos ingressos no ano de 2009 foram digitadas em programa do Microsoft Word. Os dados coletados em cada pergunta foram agrupados em planilhas do Microsoft Excel e Access®, e analisados conforme a análise categorial proposta por Bardin (2009). Os dados foram agrupados de acordo com os objetivos da pesquisa, nas seguintes categorias: concepções de saúde-doença, buscas terapêuticas, ações de manutenção da saúde, autopercepção quanto à saúde-doença. Quanto à autopercepção de saúde/doença, foram analisadas respostas do tipo sim/não, no programa EPI INFO 2005. Quanto aos cuidados para manter boa saúde, foi realizada a contagem das palavras/termos mais frequentemente citadas, em programa do Microsoft Access®. Sobre as concepções de saúde e doença, buscamos uma palavra ou termo chave que sintetizasse a ideia central em cada resposta dos alunos, possibilitando a quantificação das concepções mais prevalentes. Também levantamos os aspectos apresentados individualmente pelos sujeitos participantes da pesquisa. O estudo foi conduzido dentro dos padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP - SESAB), através do Parecer 463/2010.

No que diz respeito à faixa etária e ao sexo dos alunos participantes, 74,1% dos mesmos possuíam menos de 25 anos e aproximadamente 59% são do feminino. Em relação à auto-percepção de saúde-doença, 74% dos ingressos em 2009 afirmaram se sentir saudáveis. As respostas negativas à pergunta “você se sente saudável” evidenciaram motivos diversos, como pode ser visto neste fragmento discursivo: *“Não, porque considero que ninguém pode ser considerado 100% saudável. O completo estado de saúde parte de uma harmoniosa integração entre o meio ambiente, sociedade, funções orgânicas, emprego, educação, saneamento etc.”*

## Problematizando os resultados: o que é saúde, afinal?

Discutiremos os resultados desta pesquisa, de acordo com suas relações com o quadro científico da mesma. A perspectiva segundo a qual a saúde está relacionada a uma harmoniosa integração entre o indivíduo e o meio ambiente, sociedade, funções orgânicas, emprego, educação e saneamento, dentre outros aspectos, aponta já para uma visão ampliada deste conceito, como veremos mais tarde. A ideia de que não existe alguém totalmente saudável se coaduna, por sua vez, com o ponto de vista psicanalítico segundo o qual um eu totalmente normal é uma ficção. (FREUD, 1980, v. 23) Em um estudo realizado no litoral norte da Bahia, observamos que moradores que defenderam a existência de uma normalidade mental total não foram capazes de apresentar características concretas desta suposta normalidade. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003) Isso situa tal perspectiva numa dimensão mais ideal, do que no plano de uma realidade vivenciada.

Outros alunos reportaram sua não-saúde a aspectos pessoais, financeiros e emocionais, não correlacionados necessariamente à presença de doenças, como pode ser visto no seguinte exemplo: “*Não. Problemas pessoais de ordem financeira e emocional prejudicam o meu orgânico.*” Houve ainda alunos que informaram doenças diagnosticadas como o motivo de não se sentirem saudáveis: “*Não, pois tenho sinusite.*”

A ideia de doença como patologia pode ser encontrada em diversos autores, como Leriche, que aborda a doença como alteração anatômica ou distúrbio fisiológico. (CANGUILHEM, 1995) Essa ideia não abarca todos os sentidos e/ou dimensões da doença. Por esse motivo, a antropologia médica distinguiu a dimensão biológica da doença (*disease*) da sua dimensão experiencial (*illness*) e social (*sickness*). (KLEINMAN, 1980) Assim, a patologia expressa apenas a realidade biológica da doença, de acordo com a concepção biomédica (MASSÉ, 1995) Essa perspectiva, hegemônica em nossa cultura, mostra-se já presente entre alguns alunos do BI em Saúde, em seu início de curso.

As respostas mais frequentes sobre o motivo de não estar saudável abordaram a não realização de atividades de manutenção da saúde, como atividade física e alimentação adequada, conforme o fragmento de resposta a seguir: “*Não, pois além de não ter uma alimentação saudável, eu não tenho praticado atividade física e nem durmo o número de horas recomendado. Sem contar no estresse do dia a dia.*” Alguns alunos (4%) responderam de

forma imprecisa em relação a essa questão, alegando a complexidade do conceito saúde-doença ou alternância de tal autopercepção, como exemplificado abaixo através das respostas de dois dos estudantes:

*A resposta para esta questão não pode ser tão genérica e determinista. O conceito destinado ao vocábulo saudável é demasiado amplo e com nuances que perpassam os múltiplos fatores. Poderia dizer que estou saudável, pelo menos dentro dos critérios mais atuais que antagonizam saúde e doença. No momento, todos os setores (pessoais, biológicos, psicológicos, relacionais e ambientais) estão harmonizados e me deixam com a sensação de bem-estar.*

*Não completamente, pois existem alguns determinantes sociais que eu acredito influenciarem no processo de saúde-doença, que não deixam me sentir completamente saudável. Por exemplo, a falta de liberdade em decorrência da violência urbana, o estresse do dia a dia, a não possibilidade de estar em um patamar econômico melhor etc.*

A relação entre a saúde-doença e seus determinantes sociais foi apontada pelos alunos. De acordo com essa perspectiva, a saúde está ligada tanto ao estilo de vida dos indivíduos, quanto às redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991), sendo, portanto, um objeto multifacetado e complexo. Ainda em relação à autopercepção de saúde-doença, alguns estudantes deram respostas aparentemente contraditórias, referindo não se sentir nem saudáveis, nem doentes. A sequência abaixo de duas respostas de um mesmo aluno é reveladora disso:

*Nem tanto, porque com a modernização existe o estresse que causa algumas sensações ruins, como dor de cabeça, falta de ar; eu me sinto estressada, por isso não me sinto saudável como deveria ser.*

*Não me sinto doente, porque fisicamente me sinto bem, apesar de sentir 'coisas' que parecem normais, como dores de cabeça, dor na barriga.*

A dificuldade de alguns alunos responderem de forma precisa sobre a autopercepção quanto à saúde-doença nos remete à complexidade deste objeto e à perspectiva de Gadamer (1996), segundo a qual a diferença entre estes dois estados não pode ser claramente definida. Também Canguilhem (1995), quando aponta que a patologia instaura uma nova norma de vida, deixa

claro que esta nova norma pode estar mais próxima da saúde ou da doença, a depender da preservação ou não da capacidade de normatividade, ou seja, de instauração de novas normas em situações novas. Um estudo anterior revelou uma categoria intermediária entre a saúde e a doença, denominada de “quase normalidade.” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2005) Tal categoria aponta para a insuficiência das categorias precisas em retratarem a complexidade desses fenômenos.

Sobre o que consideravam importante para manter boa saúde, mais uma vez os estudantes apresentaram forte referência à alimentação saudável e à prática de atividades físicas. Dentre os 131 questionários de 2009, 80 (61%) citaram a alimentação saudável e 57 (44%), a atividade física. A resposta a seguir exemplifica isso: “*Considero importante uma boa alimentação, um sono saudável todas as noites, praticar exercícios e ficar de bem com seu corpo.*”

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, a fim de estimular a promoção da saúde e reduzir os fatores de risco associados às doenças crônicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) No que diz respeito à atividade física especificamente, esta tem sido considerada importante na promoção da saúde e da qualidade de vida, levando sua prática à redução do risco de desenvolver certas doenças, principalmente as de natureza crônico-degenerativas. (SILVA et al., 2007) Alguns dos fatores que influenciam na satisfação pessoal e continuidade desse tipo de atividade são: motivação para a prática, percepção de resultados e benefícios e adequação do exercício ao estilo de vida de cada um. (MORETTI et al., 2009)

Segundo Marcondelli, Costa e Schmitz (2008), entre os estudantes universitários da área de saúde o nível de sedentarismo é alto (65,5%), principalmente nos cursos de enfermagem e medicina. Além do benefício pessoal, os alunos deveriam ser estimulados a manter um estilo de vida saudável porque serão profissionais no futuro e, nesta condição, deverão estimular os pacientes a praticarem atividade física. Entretanto, há, ainda, no Brasil poucos dados a respeito da prática de atividade física entre os profissionais de saúde, bem como da influência da prática pessoal de atividade física dos profissionais nas recomendações deste tipo de atividade aos seus pacientes e usuários dos serviços de saúde. (SIQUEIRA et al., 2009) Analisando a associação, dos alunos, entre saúde, alimentação saudável e prática de atividade física, não podemos deixar de apontar para a orientação ampliada do projeto polí-

tico-pedagógico do BI em Saúde no que concerne ao conceito de saúde. Tampouco podemos desprezar o papel social da mídia exercendo influência na construção do senso comum e dos ideais de saúde e beleza, apropriando-se, muitas vezes, do discurso técnico-científico de forma descontextualizada e generalizante. (GOETZ et al., 2008; SERRA; SANTOS, 2003)

Os cuidados com a saúde mental, por seu turno, também foram considerados importantes por ambos os grupos de alunos, aparecendo em 68 (52%) questionários do ano de 2009, conforme o relato a seguir: “*Cuidar da mente é de extrema importância para uma boa saúde, pois ela pode interferir em diversos pontos do funcionamento biológico do meu organismo caso esteja sob situação de stress, por exemplo.*” É importante ressaltar que, no BI em Saúde, os alunos têm tido a oportunidade de refletir sobre o aspecto psicológico da saúde, tanto nos componentes curriculares do eixo específico de saúde do próprio curso, quanto nos componentes ofertados pelo Instituto de Psicologia da UFBA.

É importante ressaltar que, nas respostas fornecidas pelos estudantes, apareceram outros aspectos ligados à manutenção da saúde, como família, dinheiro, educação, trabalho, lazer, moradia, amizade, fé e o cuidado de si e dos outros, como mostram os fragmentos de resposta abaixo:

*Família equilibrada, acesso à educação, trabalho.*

*Bom humor, amizade e fé podem mesmo ser decisivos.*

*Cuidar de si e dos outros à medida do possível, afinal vivemos em coletividade. O cuidado com a nossa existência e com o meio significa atitudes positivas para se conquistar a saúde.*

Tais respostas corroboram, mais uma vez, a diretriz do projeto político-pedagógico do BI em Saúde, no que diz respeito à transmissão de uma concepção ampliada da saúde. A associação entre a saúde e a educação, o trabalho, o lazer e a moradia, dentre outros aspectos, aponta, mais uma vez, para a perspectiva dos determinantes sociais da saúde e para a importância das práticas de promoção da saúde. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991) Quanto à associação simbólica entre a saúde e o cuidado de si, podemos considerá-la como um equivalente oposto da teoria parsoniana do papel de doente, na medida em que, para esta, o doente tem um papel definido socialmente, que implica a impossibilidade de cuidar de si mesmo. (PARSONS, 1951) A ideia apresentada

pelos estudantes de que a saúde está ligada a todos os aspectos importantes da vida nos reenvia à etimologia grega da palavra saúde – *holos* –, que significa totalidade. (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999) De acordo com essa perspectiva, falar sobre a saúde é falar sobre a vida como um todo.

Quanto às providências que os alunos tomam ao se sentirem doentes, as respostas foram variadas, 97 (74%) respostas revelaram a busca por assistência médica, enquanto que 34 (26%) respostas fizeram referência à automedicação, conforme os relatos abaixo:

*Procuro logo um médico, pra descobrir o que é, e tomar as providências.*

*Depende dos sintomas. Quando é algo mais comum, como dores de cabeça e musculares, apesar de errado, recorro à automedicação; em outros casos consulto um médico.*

A justificativa para a prática da automedicação entre os alunos do BI em Saúde foi, principalmente, a presença de sintomas leves, considerados de simples resolução. Aquino, Barros e Silva (2010), pesquisando o uso de medicação em 223 estudantes dos cursos de saúde em Recife, encontraram que 65% tinham usado medicamentos nos últimos 15 dias, sendo 42,3% sob prescrição médica e 57,7% por automedicação. A dor foi a motivação principal (30%) e as especialidades farmacêuticas mais utilizadas foram os analgésicos e as vitaminas. Os autores discutiram se um maior conhecimento na área da saúde propicia a prática da automedicação. Comparando resultados desse estudo com o nosso, verificamos que o percentual de automedicação dos estudantes dos cursos de saúde de Recife foi o dobro. O fato de os alunos de nosso estudo cursarem uma graduação interdisciplinar e não-profissionalizante colabora, de certa forma, com a hipótese de Aquino, Barros e Silva (2010) segundo a qual o maior conhecimento na área profissional da saúde propicia uma maior prática de automedicação.

A procura por métodos chamados de “naturais” pelos alunos, como chás e medicações ditas “caseiras”, foi citada em 11 (8%) questionários de 2009: “*Procuro me alimentar melhor e consumo medicamentos, geralmente, naturais.*” Outras respostas sobre as providências ao se sentirem doentes, que aparecem em menor número entre os estudantes, demonstram a atuação da figura materna, como podemos ver a seguir: “*Depende. Se for algo que o Paracetamol, o Berotec ou minha mãe não resolvam, vou ao médico.*”

A história cultural do indivíduo determina qual conduta ele terá no que tange a seu processo de prevenção e cura de doenças. Siqueira e colaboradores (2006), em estudo com usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia (GO), perceberam a força que as tradições populares têm neste contexto. Antes de passar por consultas com os profissionais de saúde, a população costuma utilizar, sobretudo, chás caseiros, por compreender que eles são potencialmente eficazes. Considerar a dimensão cultural alargaria, portanto, os laços entre o profissional e o paciente, dando lugar a uma abordagem mais humanizada em saúde.

De acordo com Kleinman (1978, 1980), uma das razões pelas quais diferentes buscas e processos de cura persistem numa mesma sociedade é o fato delas engendrarem ações nos diferentes níveis da doença. Crenças diversas sustentam o comportamento da ida ao médico, da automedicação e do uso de métodos alternativos à biomedicina, por exemplo, sem que estes caminhos sejam necessariamente mutuamente excludentes. No modelo biomédico, em geral, pouco se considera a história pessoal mais ampla e os antecedentes do processo de adoecimento do paciente. (ARAÚJO, 2008) As práticas alternativas, por sua vez, fundamentam-se justamente na investigação das representações do sujeito acerca do seu adoecimento. Elas investigam a história, cultura, significados, e não só a sintomatologia imediata. Isso estreita, inclusive, os laços entre o profissional de saúde e o paciente, uma vez que a relação que se estabelece durante esta interação é muito mais intensa, transpassa confiança, atenção e cuidado, levando os indivíduos a um estado de satisfação e bem-estar. Nessa direção, reflexões sobre a dimensão cultural da saúde, bem como sobre as racionalidades e práticas complementares de saúde são estimuladas no cotidiano do BI em Saúde e previstas em seu projeto político-pedagógico.

Perguntados sobre as suas concepções de saúde, a ideia mais comumente apresentada pelo grupo foi a de bem-estar (47 vezes/36%), seguida de equilíbrio (22 vezes/17%). As respostas seguintes revelam isso:

*Saúde é um bem-estar total de um indivíduo; bem-estar físico, social, moral e psíquico.*

*Saúde para mim é estar com o corpo em equilíbrio e com nenhuma alteração física e mental.*



A ideia de saúde como equilíbrio e bem-estar remete ao pensamento de Gadamer. Para Gadamer (1996), é da natureza da saúde sustentar seu próprio equilíbrio. A saúde é um sentimento de bem-estar, ligado à abertura para novos empreendimentos. Ela é um ritmo de vida, um processo permanente no qual o equilíbrio se restabelece por si mesmo. Boa saúde requer um relacionamento harmonioso com o meio ambiente natural e social.

Sabemos que em 1948 a OMS propôs uma definição ampliada da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (SCLIAR, 2007) Essa proposição, considerada utópica por diversos autores, permeou a resposta de alguns alunos: *“Prefiro definir saúde de acordo com o conceito clássico da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é mais ou menos assim: saúde é o mais perfeito estado físico, mental, psicológico e social que a pessoa humana pode obter.”*

Na perspectiva de Berlinguer (1978), se alguém declarasse estar gozando de um completo bem-estar, arriscar-se-ia a ser recolhido ao manicômio. Vale a pena ressaltar que, para a psicanálise, a saúde associa-se tanto ao bem-estar, quanto ao mal-estar. (LACAN, 1988; FREUD, 1980, v. 21) Certa dose de mal-estar é considerada inevitável e até mesmo necessária à saúde. Ela expressa a vinculação do sujeito à cultura e ao universo simbólico, na medida em que isto implica frustração e/ou repressão de determinados impulsos. A saúde, nessa perspectiva, seria a possibilidade de se sentir bem, apesar do mal-estar e do sofrimento existentes.

Outras respostas relacionaram a saúde à harmonia, capacidade para desempenho de atividades, felicidade, normalidade e perfeição, apontando para a perspectiva ampliada deste conceito:

*Saúde é o estado que um indivíduo encontra-se quando todos os seus sistemas fisiológicos, ou grande parte deles, estão em harmonia, com um bom funcionamento. Eis um indivíduo saudável.*

*Saúde para mim é tudo aquilo que não comprometa a realização das minhas tarefas no cotidiano. É o cumprimento do projeto de felicidade.*

*É o funcionamento normal e natural do corpo humano.*

*É estar em perfeito estado pessoal e social na vida.*

Também houve respostas que relacionaram a saúde à ausência de doença. A percepção da saúde como ausência de doença constitui um dos principais

critérios de normalidade utilizados pela biomedicina (DALGALARRONDO, 2000) Já no século XIX, Daremberg revelava que, no estado de saúde, todas as funções se cumprem no silêncio. (CANGUILHEM, 1995) Também Leriche, no século XX, afirmou que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos e Michaux, que a saúde é silenciosa. Normal, do ponto de vista psicopatológico, é o indivíduo que não é portador de um transtorno mental definido. (DALGALARRONDO, 2000) Para Boorse, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, que não necessita de juízos de valor. (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002)

Essa perspectiva da saúde é marcada pela negatividade, na medida em que define a saúde pelo que ela não é. Tomada de forma restrita, ela não possibilita a incorporação de contribuições importantes sobre o tema, como a ideia segundo a qual a doença pode integrar a normalidade. (CANGUILHEM, 1995; FREUD, 1980, v. 23) De acordo com Canguilhem (1995), sem a possibilidade de testar a saúde através da doença não podemos dizer que somos saudáveis, já que a saúde implica também a superação da doença.

Em relação às concepções de doença, por sua vez, a ideia mais apresentada pelos alunos foi a de desequilíbrio (21 vezes/16%), seguida de anormalidade (09 vezes/7%). Os relatos abaixo exemplificam isso:

*Doença pode ser física ou mental e está relacionada a qualquer desequilíbrio nestes dois campos que levam a alguma perda funcional ou mesmo da qualidade de vida.*

*É o estado anormal do corpo causado por um indivíduo estranho ou pelo próprio organismo.*

A ideia de que a doença é uma anormalidade reflete o discurso hegemônico da biomedicina e seu poder de convencimento do discurso social comum. Essa concepção remete à subversiva e oposta perspectiva de Canguilhem (1995), segundo a qual a doença, longe de ser anormal, é antes outra forma de normalidade, na medida em que ela implica também uma norma de vida, embora esta norma seja de natureza inferior à da saúde, por não possibilitar a abertura a eventuais modificações, nem a instituição de novas normas. O pensamento de Canguilhem rompe, assim, com o discurso da biomedicina e do senso comum e mostra-se extremamente inovador até os dias atuais.

Observamos outras concepções de doença entre os alunos, ligadas às ideias de desarmonia, debilidade, deficiência, alteração de caráter físico/psicológico e ausência de saúde:

*Doença é desarmonia, quando a energia vital não flui como deveria, quer por problemas físicos, psíquicos ou espirituais.*

*Estar debilitado de alguma forma.*

*Doença é uma deficiência fisiológica.*

*Doença não é necessariamente a ausência de saúde, pra mim é alguma alteração de caráter físico/psicológico que, de alguma forma, atrapalhe ou impeça o indivíduo de fazer algo.*

*A ausência de saúde.*

A perspectiva da doença como ausência de saúde pode ser considerada como opostamente simétrica à da saúde como ausência de doença. Nesse sentido, trata-se aqui de outra modalidade de expressão de uma ideia biomédica, que tem sido hegemônica no campo profissional da saúde. Verificamos que os alunos do BI em Saúde, que ingressaram em 2009, não apresentaram essa perspectiva como dominante em seu discurso, na medida em que ela integrou um percentual reduzido de respostas. Tal aspecto aponta para o projeto político-pedagógico do curso, que pretende desenvolver uma concepção ampliada de saúde entre os estudantes, não restrita à perspectiva biomédica.

## Comentários finais

Para finalizar, pudemos observar, através desta pesquisa, que a maioria dos alunos que compõem a primeira turma de ingressos do curso BI em Saúde se auto-percebe como saudável, apesar de referências a problemas de ordem biopsicosocial. A categoria “nem saudável, nem doente” se apresenta entre eles, mostrando a complexidade da classificação destes processos. Os alunos procuram, predominantemente, por assistência médica em caso de adoecimento, mas também recorrem à prática da automedicação e às terapêuticas naturais. As concepções de saúde dos estudantes contemplaram, principalmente, a ideia de bem-estar, difundida pela OMS, mas também as noções de equilíbrio, harmonia, ausência de doença, capacidade para desempenho de atividades, felicidade,

normalidade e perfeição. Em relação às concepções de doença, prevaleceram as ideias de desequilíbrio e anormalidade, seguidas das de desarmonia, debilidade, deficiência, alteração de caráter físico/psicológico e ausência de saúde. A diversidade de respostas sobre a saúde e a doença reflete os múltiplos sentidos destes conceitos entre os estudantes que, segundo sua própria experiência, priorizam um ou mais aspectos do complexo saúde-doença-cuidado, na interface biopsicossocial.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 160 p.
- ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A. D.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. *Revista USP*, São Paulo, n. 43, p. 100-25, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, 2010.
- ARAÚJO, E. C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 663-671, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BECKER, H. S. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1963. 216 p.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes: Hucitec, 1978. 199 p.
- BIBEAU, G. A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. *Medical Anthropology Quarterly*, [S.l.], n. 2, p. 402-416, 1988.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307 p.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 101-113.
- \_\_\_\_\_. Concepções populares de normalidade e saúde mental no litoral norte da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1726-1736, 2005.

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

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 271 p.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

DEVEREUX, G. Normal and abnormal: the key problem of psychiatric anthropology. In: BENNT, J. W. et al. (Ed.). *Some uses of anthropology: theoretical and applied*. Washington: The Anthropological Society of Washington, 1971. p. 23-49.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23.

\_\_\_\_\_. O mal-estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 21.

\_\_\_\_\_. Moisés e o monoteísmo. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23.

\_\_\_\_\_. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 19.

\_\_\_\_\_. A psicopatologia da vida cotidiana. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 6.

GADAMER, H-G. *The enigma of health*. California: Stanford University Press, 1996. 180 p.

GOETZ, E. R. et al. Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 158 p.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, 1994. 262 p.

GOOD, B. J.; GOOD, M-J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing Co, 1980. p. 165-196.

- JASPERS, K. *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985. 1029 p.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12B, p. 85-93, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Patients and healers in the context of culture*. USA: University of California Press, 1980. 427 p.
- \_\_\_\_\_. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988. 284 p.
- LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 400 p.
- LAPLANTINE, F. *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1994. 109 p.
- MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39-47, jan./feb. 2008.
- MASSÉ, R. *Culture et santé publique*. Montreal: Gaetan Morin, 1995. 499 p.
- MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2005.
- MORETTI, A. C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, apr./june. 2009.
- PARSONS, T. *The social system*. Glencoe: The Free Press, 1951. 575 p.
- SCHEFF, T. *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine, 1966. 220 p.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.
- SILVA, G. S. F. et al. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 13, n. 1, p. 39-42, jan./fev. 2007.
- SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, set. 2009.
- SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto contexto: enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, jan./mar. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on Physical Activity for Health. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/leaflet-physical-activity-recommendations.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann. Rev. Anthropol.*, v. 11, n. 1, p. 257-285, 1982.

# A oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde: reflexões e desafios para o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

---

Luís Augusto Vasconcelos da Silva  
Adriana Miranda Pimentel

## Introdução

De acordo com o Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, na etapa de formação geral, com duração mínima de três semestres, o/a estudante do BI em Saúde precisa cursar um total de oito componentes obrigatórios, que compõem alguns dos eixos curriculares estruturantes do curso: o Eixo Interdisciplinar, o Eixo Linguagens e o Eixo Formação Específica.

No que concerne ao componente obrigatório Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde, objeto de discussão deste capítulo, é importante destacar a seguinte peculiaridade: este componente destaca-se como um contínuo dos eixos das Linguagens e da Formação Específica, sendo comum aos dois, já que tem por objetivo proporcionar à/ao estudante abordagens linguísticas específicas relativas à leitura e redação de textos acadêmicos e técnicos no campo da saúde.

Nesse sentido, a Oficina de textos em saúde (OTS)<sup>1</sup> tem desafiado o conjunto de docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, envolvidos direta ou indiretamente com este componente curricular, na medida em que há expectativas de que os/as estudantes possam atualizar, desenvolver e/ou aprimorar gêneros/textos discutidos e trabalhados nos componentes obrigatórios

---

1 Ao longo deste capítulo, para nos referir ao componente “oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde”, utilizaremos apenas “oficina de textos em saúde”, de forma simplificada, ou sua respectiva sigla “OTS”.



do Eixo Linguagens, referentes ao módulo de língua portuguesa (Língua Portuguesa, Poder e Diversidade Cultural; Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa), e aos outros componentes específicos da saúde (Introdução ao Campo da Saúde; Campo da Saúde: Saberes e Práticas; Saúde, Educação e Trabalho).

Essa presença ou participação de um único componente entre diferentes eixos curriculares, mobilizando discussões e estratégias diversas de ensino-aprendizagem, repensando ou atualizando problemas e temas atuais do campo da saúde, ao mesmo tempo em que pretende desenvolver a leitura, interpretação e produção de textos diversos em saúde, faz da OTS um espaço rico de “encontros”, oportuno para o debate e a reflexão. Alguns desses “encontros” serão tratados no decorrer deste capítulo, mostrando perspectivas e possibilidades para a formação interdisciplinar em saúde, sem, contudo, negligenciar as dificuldades e limites implicados nesse novo percurso acadêmico. Isso significa também problematizar o que buscamos com este espaço de produção e análise textual.

## A produção e análise de textos em saúde: ênfase na linguagem em uso

No processo de criação da OTS, partindo da premissa de que a oficina de textos em saúde estava conectada aos eixos de Linguagens e Formação Específica em Saúde, buscamos propor alguns objetivos que orientariam o programa do curso, a saber:

### a) **Objetivo geral:**

- Identificar, planejar e produzir textos acadêmicos e técnicos em saúde, considerando os diferentes momentos, atores e modos de construção dos textos.

### b) **Objetivos específicos:**

- Identificar e diferenciar textos acadêmicos e técnicos no campo da saúde, destacando as condições de produção dos mesmos (momento e lugar, potenciais leitores, posição social dos participantes, finalidades da comunicação etc.);
- Formular tópicos, problemas e objetivos de pesquisa ou intervenção no campo da saúde;
- Identificar, organizar e usar fontes de informação disponíveis em bibliotecas e internet;

- Escrever textos em saúde, considerando normas técnicas, argumentos, organização e estilos.

Evidentemente, como sugerem alguns enunciados que compõem esses objetivos do curso, não podíamos perder de vista uma trajetória de discussão desenvolvida nos componentes obrigatórios do módulo de língua portuguesa (para todos/as os/as estudantes dos Bacharelados Interdisciplinares do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos), como também que os textos trabalhados em OTS seriam, basicamente, referentes ao campo da saúde. Aqui, cabe considerar a heterogeneidade e variabilidade de discursos, gêneros e tipos textuais<sup>2</sup> que compõem esse campo, inclusive pela participação de diferentes disciplinas, saberes e práticas (científicos e não científicos). Para além de repetir, atualizar ou mesmo avançar em conteúdos programáticos de outros componentes, a oficina de textos em saúde seria, portanto, um espaço oportuno para problematizar os aspectos sócio-interativos, políticos e de poder presentes no próprio discurso acadêmico-científico, e o campo da saúde não estaria fora disto.

Foi com base nessa perspectiva que passamos a construir e discutir a trajetória da oficina de textos em saúde, ainda que cheios de dúvidas sobre a operacionalização deste processo. Nesse sentido, é importante que possamos registrar e socializar algumas de nossas premissas que orientaram os objetivos e programa desse curso, inclusive para que possamos abrir o debate e enriquecer esta mesma atividade.

Um ponto interessante a destacar é o modo como nós, produtores/as de textos acadêmico-científicos, estamos situados sócio-historicamente e desenvolvemos estratégias para que nossos textos sejam aceitos e circulem em periódicos bem qualificados. Ou mesmo como precisamos analisar cuidadosamente a que público se destina nosso artigo ou qual o perfil da revista onde

---

2 Sem ter a pretensão de esgotar o assunto, de acordo com Marcuschi (2008, p. 154-155), podemos fazer a seguinte diferenciação entre gênero e tipo textual. O tipo textual refere-se a uma “sequência subjacente aos textos.” Podem ser caracterizados como “sequências retóricas”, definidos pela “natureza linguística de sua composição”, ou seja, aspectos lexicais/sintáticos, tempos verbais, estilo e relações lógicas. Por exemplo: narração, argumentação e descrição. Em um mesmo gênero, é possível encontrar diferentes tipos ou modos textuais. Por sua vez, o gênero textual diz respeito aos “textos materializados em situações comunicativas recorrentes.” Nesse sentido, os gêneros textuais, em contextos diversos (e abertos) do cotidiano, apresentam “padrões sócio-comunicativos característicos”, podendo ser definidos por “composições funcionais, objetivos enunciativos e estilos concretamente realizados na integração de forças históricas, sociais, institucionais e técnicas.” Por exemplo: telefonema, bilhete, horóscopo, bula de remédio, resenha, edital de concurso, bate-papo on-line etc.

pretendemos publicar. O texto produzido compartilha uma linguagem/tradição epidemiológica ou antropológica? Estamos trabalhando com dados estruturados (tabelas, gráficos) ou não estruturados (narrativas)? Desse ponto de vista, para além de uma preocupação (exclusiva) com a estrutura interna do texto (sistema linguístico), com sua forma ou coerência gramatical ou uso de regras, devemos focalizar as condições de produção do texto, a posição social dos/as produtores/as e intérpretes de textos, como também a possibilidade de construção de múltiplos sentidos. Como destaca Marcuschi (2008, p. 72), “de certo modo, pode-se afirmar que o texto é uma (re) construção do mundo e não uma simples refração ou reflexo.”

Em se tratando, por exemplo, de um artigo científico, é preciso avaliar quais os melhores termos e as melhores palavras que devem ser utilizadas para convencer o/a leitor/a sobre a “facticidade” do que está sendo escrito, para além dos limites (linguísticos) do próprio texto. A escrita de um artigo científico não deixa de ser, de certa maneira, um trabalho de “garimpage”, em que se limpa o excesso e escolhem-se as melhores palavras/enunciados.<sup>3</sup> Claro que precisamos compartilhar uma determinada “tradição” de conhecimento e linguagem para saber o que estamos retirando ou utilizando ao longo do texto, e esse conhecimento, como nos ensina Thomas Kuhn (1998), se dá de forma *tácita*, fazendo ciência e não apenas adquirindo regras para realizá-la.

Por sua vez, vale a pena destacar a função dos repertórios interpretativos ou registros linguísticos utilizados para estabelecer a forma e “fixar” o conteúdo dos textos. O conceito de repertório interpretativo é aqui utilizado para designar a variabilidade de estratégias linguísticas situadas em contextos diversos, para dar sentido ao mundo. Em outras palavras, o conjunto de conceitos, termos, vocabulários, descrições, figuras de linguagem etc. demarca o campo de possibilidades de construções discursivas. (SPINK, 2001; SPINK; MEDRADO, 1999) Entretanto, esses repertórios podem (e devem) ser compreendidos/expandidos para além do campo da linguística, considerando os

---

3 Essa discussão pode ser vista também no trabalho etnográfico pioneiro de Latour e Woolgar (1997) sobre a construção de fatos científicos. No processo de produção científica e, conseqüentemente, de circulação de textos, existem, portanto, muitas operações sobre os enunciados e inscrições (gráficos, tabelas, traços) que ocorrem em diferentes momentos de argumentação, com o objetivo de aumentar a convicção do próprio texto; é o caso, por exemplo, das referências utilizadas na construção de um artigo científico.

vários contextos ou formas de comunicação, como, por exemplo, imagens e ícones utilizados na rede de interação online.

Quando se fala em repertórios interpretativos, devemos considerar também a multiplicidade de práticas discursivas e, por sua vez, de sentidos produzidos em contextos diversos do cotidiano. Isso significa reconhecer o aspecto dinâmico e “vivo” da linguagem, com seus distintos usos. Se os discursos (científicos, religiosos etc.) remetem à institucionalização e regularidade de uma linguagem (SPINK; MEDRADO, 1999), como práticas, eles estão sujeitos a rupturas e mudanças. Essa é uma perspectiva construcionista que destaca, portanto, o aspecto pragmático da linguagem, como prática social (GERGEN, 2001; POTTER, 1997; SPINK; MEDRADO, 1999), uma ação que pode ser compartilhada, disputada ou negociada entre os/as interlocutores/as, participantes ativos dos discursos.

Essa atividade de mediação, através do uso da linguagem, possibilita focalizar diferentes “momentos de produção de sentidos” (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 45), isto é, de permanência e ruptura no processo de comunicação cultural. Assim, as práticas discursivas supõem “um jogo de prescrições que determinam exclusões e escolhas” (FOUCAULT, 1997, p. 11), ao mesmo tempo em que “outros repertórios e estratégias interpretativas surgem em contextos de comunicação diversos.” (SILVA, 2003, p. 140)

Nessa perspectiva, pode ocorrer uma transformação (deslocamento) do próprio objeto de conhecimento na rede de comunicação cultural (por exemplo, científica e artística), sugerindo abertura para novos sentidos. O termo comunicação cultural surge e adquire aqui novos contornos a partir das leituras sobre o filósofo da linguagem Mikhail Bakhtin (1999, 2003), que conceitua o enunciado como um elo na cadeia da comunicação discursiva. Assim, é importante enfatizar a ideia de comunicação cultural, com o objetivo de demarcar outras possibilidades e existência do signo (e objetos) para além de uma compreensão linguística – esta comunicação inclui o deslocamento e circulação dos próprios instrumentos, tecnologias, imagens e símbolos que compõem os diversos contextos interativos, por exemplo, o ciberespaço.

Assim, as múltiplas situações vividas pelos atores sociais possibilitam a atualização (e criação) de novos sentidos. Isso diz respeito também quando passamos ou traduzimos um texto em outro. Vale lembrar que a palavra tradução, do latim *traductione*, significa: “ato de conduzir além, de transferir.” (FERREIRA, 1975) Por outro lado, a tradução nunca traz completamente o

objeto originário, visto que sempre ocorre uma tensão ou incomensurabilidade diante do objeto traduzido; é o caso, por exemplo, da tradução de uma língua (cultura) em outra. Podemos, talvez, falar de uma falta, aproximação ou de excesso de sentido.<sup>4</sup>

Por outro lado, estabelece-se aqui o desafio de não perder de vista a perspectiva de que os agentes humanos, cotidianamente, “não emitem signos no vazio, eles ‘falam’ em meio a e para outros sujeitos que, por sua vez, também falam.” (ECO, 1999, p. 188)

Ao mesmo tempo, é importante refletir sobre os nossos limites de interpretação. Isso significa reconhecer e acompanhar os “tópicos discursivos” que orientam a interpretação de um texto qualquer. Conforme enfatiza Umberto Eco (1999), a infinidade de leituras/interpretações de um texto não significa uma leitura qualquer: “No processo de semiose ilimitada é possível passarmos de um nó qualquer a qualquer outro nó, mas as passagens são controladas por regras de conexão que a nossa história cultural de algum modo legitimou.” (ECO, 1999, p. 81)

## Considerações sobre a perspectiva bakhtiniana: o dialogismo na produção e leitura de textos

Para que a oficina de textos não se torne um espaço “frio” de aplicação de gêneros textuais, tampouco de avaliação de regras linguísticas e/ou gramaticais, é importante que possamos incluir os/as estudantes, participantes ativos, neste processo, considerando seus posicionamentos, trajetórias culturais, dificuldades e competências linguísticas/discursivas. Nessa direção, é pertinente trazer alguns comentários sobre o teórico russo Mikhail Bakhtin, levando-se em consideração os momentos dialógicos implicados na produção, leitura e análise de textos, como também a relação entre linguagem e vida.

Nos primeiros escritos de Bakhtin, aparece uma discussão ou visão de mundo mais fenomenológica do sujeito. Na mesma direção de Merleau-Ponty (1999), que considera o ser como aberto para o mundo, o teórico russo destaca o lugar único que cada sujeito ocupa no mundo, sem nunca estar sozinho – o sujeito como acontecimento aberto, onde o acabamento

---

4 De acordo com o semioticista norte-americano Charles Peirce (1999), o signo está vinculado a um objeto sob algum aspecto, modo, qualidade, apresentando-se, portanto, de forma incompleta.

vem do outro; acabamento este sempre fluido e provisório. Essa perspectiva dialógica estará presente em todos os seus fragmentos. Em 1970, por exemplo, respondendo ao editorial da revista soviética *Novy Mir*, Mikhail Bakhtin (1999) enfatiza que nossa real exterioridade pode ser vista e compreendida apenas por outras pessoas, porque elas estão situadas fora de nós no espaço e porque elas são *outras*. Mikhail Bakhtin enfatiza, portanto, que o *acabamento* vem do outro, em um movimento que inclui identificação e retorno a si mesmo (ao lugar que sou o único a ocupar). Nesse sentido, não podemos ficar alheios à posição que ocupamos no mundo, a um *excedente de visão* com relação ao outro:

Esse excedente da minha visão, do meu conhecimento, da minha posse é condicionado pela singularidade e pela insubstituíbilidade do meu lugar no mundo: porque nesse momento e nesse lugar, em que sou o único a estar situado em dado conjunto de circunstâncias, todos os outros estão fora de mim. (BAKHTIN, 2003, p. 21)

Talvez seja por isso que Bakhtin, quando define o enunciado como um elo na cadeia de comunicação discursiva (que se perde em um passado e um futuro ilimitado), diz que toda compreensão implica uma atitude responsiva ativa. Na perspectiva bakhtiniana, entende-se o discurso como ação que provoca um efeito-resposta sobre o outro. Dessa forma, todo entendimento está pleno de resposta e, necessariamente, a produz de uma forma ou outra. (BAKHTIN, 1999) É nessa direção que Bakhtin afirma que o ouvinte torna-se o locutor. Uma das características mais importantes do enunciado é, portanto, a alternância dos sujeitos do discurso, o que possibilita a *conclusibilidade* ou acabamento do enunciado. A produção de sentidos deve envolver, portanto, um sujeito concreto no mundo da vida.

A ideia de um entendimento criativo (BAKHTIN, 1999) sugere abertura, movimento, no ato compreensivo, na medida em que tende para o futuro, incorporando uma potencialidade de produção do novo (novas possibilidades). O sentido, portanto, é potencialmente infinito, ainda que, para um entendimento recíproco entre os/as participantes do discurso, devamos levar em consideração tanto as formas prescritivas da língua como os gêneros do discurso, ou seja, as situações típicas da comunicação discursiva. Como explica Bakhtin (1999, p. 78), “todos os nossos enunciados têm formas relativamente estáveis e definitivas de construção do todo.” O enunciado, portanto,

é um fenômeno de fronteira, vive em várias *bocas* e em diferentes contextos. Desse ponto de vista, toda palavra tem o “gosto” de uma profissão, uma tendência, uma festa, um trabalho particular, uma pessoa particular, uma geração, um grupo de idade, o dia e hora. (BAKHTIN, 1998, p. 293)

Vale ressaltar que a *palavra* pode ser compreendida a partir de três eixos analíticos: 1) como sistema da língua, ela é neutra e não pertence a ninguém; 2) como um *eco* de outros enunciados, ela é *alheia dos outros*; 3) e, finalmente, a palavra como *minha* tem uma intenção discursiva determinada. De qualquer forma, não se deve esquecer que a expressividade da palavra é produzida apenas no *contato* da língua com a vida ou realidade concreta: “a expressão não existe nem no sistema da língua nem na realidade objetiva existente fora de nós.” (BAKHTIN, 2003, p. 292) Bakhtin, por conseguinte, ressalta uma atividade de fronteira em que coexistem diferenças na simultaneidade (CLARK; HOLQUIST, 1998), por exemplo, eu-outro, conteúdo-processo, dado-criado, geral-particular, indivíduo-sociedade. Esses aspectos estão implicados na própria concepção de sujeito concreto, situado e relacional, de Mikhail Bakhtin (SOBRAL, 2005), na medida em que são considerados os contextos complexos e interativos em que ocorrem as ações humanas, assim como a presença de outras “vozes” na constituição do sujeito.

Nessa direção, podemos considerar a produção/interpretação de texto como um trabalho coletivo, aberto ou inacabado, portanto como uma atividade contínua de mediação (SILVA, 2003), havendo deslocamento do próprio sentido. A partir desse ponto de vista, reconhecendo “zonas” de conflito, resistência e processos que ligam pessoas, coisas e objetos, estamos conectados potencialmente com tudo que há ao nosso redor ou engajados situacionalmente. Através dessa rede interativa, nossas próprias habilidades, modelos ou formas de leitura e interpretação também se expandem e se transformam com a utilização de diferentes recursos, como é o caso das “técnicas” computacionais para o armazenamento, sistematização e leitura de documentos de texto e imagem, incluindo suas possibilidades de circulação.

## **A dinâmica da oficina de textos em saúde: desafios e reflexões em curso**

Conforme destacado, essas reflexões sobre os usos da linguagem e a produção (dialógica) de sentidos no cotidiano, bem como sobre os posicionamentos

concretos (sócio-históricos) dos/as produtores/as e intérpretes de discursos e textos foram e são importantes para pensar as possibilidades do componente curricular Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde, que passou a ser ministrado em agosto de 2010. Em linhas gerais, a proposta tem se desenvolvido de modo a apresentar à/ao estudante do BI em Saúde diferentes modalidades/gêneros textuais, especificamente os que mais utilizamos no campo da saúde, bem como acompanhar a produção de textos, nos diferentes gêneros, orientando-o/a quanto aos objetivos, técnicas e formas possíveis de construí-los.

No início de cada semestre, os/as estudantes ressaltam as dificuldades para escrever e realizar trabalhos acadêmicos. Queixam-se da disponibilidade de tempo para estudar, particularmente para os/as que trabalham, e das dificuldades para organizar os estudos. Mais ainda, o produto resultante nem sempre é satisfatório para estudantes e docentes. Relatam as experiências de sala de aula, na maioria das vezes difíceis, dolorosas e com desdobramentos que carregam ao longo da formação. É com esse cenário que damos início ao componente curricular a cada semestre e é sobre essa experiência que passamos a focalizar, nesta seção.

Na tentativa de romper com tantas queixas e dificuldades apresentadas no início, fruto das frustrações e de experiências nem sempre agradáveis trazidas pelos/as estudantes ao longo de seu processo de ensino-aprendizagem, é que nos propusemos a utilizar diferentes recursos, inclusive audiovisuais, tais como: pinturas, músicas, filmes, fotografias, vídeos, artigos de revistas e de jornais locais, no intuito de provocar a reflexão e estimular a escrita. A ideia de trazer experiências de escritores/as e letristas, através de depoimentos que versam sobre o processo de escrever e de como surgiu a possibilidade de ser autor/a de um texto, é bastante positiva. Os/as estudantes vão percebendo que cada autor/a, a depender do “lugar” e das relações que estabelece com o mundo, dá vida a personagens, histórias, mobiliza sentidos que, até então, muitas vezes, desconheciam. Passam a considerar que é o exercício da escrita, as leituras que desenvolvem e a reflexão sobre o que fazem cotidianamente que vão, pouco a pouco, contribuindo para o seu processo de criação. Desse modo, adentram o mundo da produção textual: *“No início da disciplina relatei minhas limitações em escrever. Surpreendente foi verificar que o exercício, a prática vai tornando fácil;*



*o processo é muitas vezes doloroso, mas a possibilidade de escrever bem o torna excitante.*” (Estudante Turma 4, 2011.1)<sup>5</sup>

Os/as estudantes que cursaram outros componentes do Eixo Linguagens, como Língua Portuguesa, Poder e Diversidade Cultural e Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa, ministrados pelo Instituto de Letras, já trazem consigo parte de um processo de desconstrução sobre a língua, agora com um olhar mais crítico em relação ao seu uso. Esse processo abre portas e favorece seu trânsito para a OTS de outro modo. É um momento de desconstrução, mas também de construção de novas perspectivas sobre ler e escrever, sobre “nossa língua portuguesa” e os contextos de uso e aprendizagem no cotidiano dos/as estudantes.

A partir daí, é possível iniciarmos uma discussão sobre por que escrever e sobre o que escrever. O que desejamos comunicar e a quem desejamos fazer essa comunicação. É um momento que antecede a apresentação das modalidades/gêneros textuais propriamente ditos. Passamos, então, a trabalhar com os objetivos de um texto e, para tanto, é necessário refletir sobre as questões que nos remetem a escrever. Esse é um momento importante e difícil para o/a estudante. É um momento que passamos a descortinar os textos, e aí reside a dificuldade, que é “ler” um texto não apenas sob a perspectiva de seu “conteúdo exploratório”, mas como “tecnicamente” ele foi escrito: as partes que o integram, seus objetivos e as questões que apresenta, sua coerência argumentativa, seu desfecho, entre outros aspectos a serem identificados e trabalhados na leitura e escrita de textos técnicos e acadêmicos.

Um primeiro exercício é a leitura, interpretação e escrita sobre um texto do campo da saúde. A escolha do texto é feita com o/a estudante, sobre a temática de interesse que o/a irá acompanhar ao longo do semestre, de preferência aproveitando as atividades em que está inserido no BI, tais como grupos de pesquisa, atividades curriculares em comunidade, extensões, entre outras. Ou seja, toda a produção textual de cada aluno/a, no decorrer do semestre, como fichamentos, resumos, resenhas, ensaios, entre outros gêneros, comporão um texto coletivo sobre um tópico ou temática específica de interesse do grupo, como resultado final do componente.

---

<sup>5</sup> Esse e outros relatos reproduzidos ao longo deste capítulo foram retirados da avaliação do componente “Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde”, realizada pelos/as estudantes no final do semestre.

Nesse processo, os/as estudantes são apresentados/as aos diferentes gêneros, aos objetivos de cada um deles e à estrutura que os define. Começamos com fichamentos ou fichas de leitura de textos acadêmicos. O fichamento é um instrumento que possibilita organizar a leitura e compreensão do texto. É um tipo de exercício, de trabalho acadêmico, muito solicitado pelos/as professores/as para o acompanhamento e avaliação dos/as estudantes ao longo de um curso. Porém, vários/as estudantes do BI em Saúde queixam-se da quantidade de fichamentos que realizam ao longo da sua formação, das dificuldades para realizá-los e, especialmente, da ausência de avaliação por parte do/a professor/a sobre o material produzido. Isso não é válido apenas para fichamentos, mas para vários outros trabalhos acadêmicos que são solicitados por alguns professores, sem orientação prévia sobre sua execução ou conhecimento sobre os critérios de avaliação. Essa é uma discussão longa, e não poderá ocorrer neste momento, mas que necessita de reflexão entre os/as docentes. Entretanto, no que concerne à Oficina de textos em saúde, um de seus pressupostos é a avaliação/aprendizagem processual dos/as estudantes com base nas devolutivas dos trabalhos desenvolvidos:

*[...] As formas de avaliação acompanhadas com devolutivas esclarecedoras fizeram com que percebesse o que são os meus 'erros', fazendo com que melhorasse cada vez mais. Toda a metodologia ensinada fará um grande diferencial, bom e oportuno, quando eu escrever. (Estudante Turma 6, 2011.1)*

Não é fácil desconstruir concepções e práticas sobre metodologias, formas de avaliação e produção acadêmica, e mais difícil ainda quando velhos modelos e mal entendidos se reproduzem cotidianamente na universidade. Nessa direção, tentamos desfazer alguns “nós” e propor algo que faça sentido para a prática do/a estudante. O fichamento em OTS, por exemplo, tem como objetivo: organizar uma leitura; clarear os objetivos ou tese defendida no texto; evidenciar os argumentos utilizados pelo/a autor/a para defender suas ideias; ser coerente com o texto lido e ter clareza do que o texto traz e do que o/a leitor/a pode compreender a respeito da obra; tecer comentários sobre o texto e propor novas questões/perguntas surgidas com a leitura. Desse modo, o fichamento poderá ser um registro que tanto contribuirá para a revisão de literatura, ou estado da arte para a realização de pesquisas futuras, quanto como exercício de leitura, interpretação e escrita sobre uma obra qualquer.

Dessa aproximação com os gêneros, tanto no que se refere a conhecê-los quanto de produzi-los, os/as estudantes passam à construção de um artigo de revisão. Esse será construído coletivamente. Devem reunir as ideias, as leituras que cada um/a realizou sobre o tema, os textos produzidos (resumos, resenhas, ensaios e outros textos opinativos) e compor, agora, um texto único. Assim, textos opinativos, artigos originais, relatos de experiência, resenhas, entre outros, lidos e analisados, farão parte de um novo texto, a ser desenvolvido pelo grupo, sobre assuntos que mobilizam os/as estudantes durante a formação específica, como, por exemplo: humanização, drogas, alimentação saudável, saúde do trabalhador, família, entre tantos outros temas de interesse. Essa etapa deve seguir-se de orientações, agora, sobre o que tratará o texto coletivo. Que tese ou pontos de vista serão defendidos? Quais os objetivos do texto? Como construir os argumentos? Como fazer uso da bibliografia de referência? Que fontes de informação existem e como utilizá-las? Como fazer uso das normas de referência? Que elementos integram cada parte de um texto acadêmico? Como construir a justificativa de um trabalho? Enfim, há muitos elementos necessários que precisam ser conhecidos e decifrados no processo de construção de um texto.

A riqueza do material a ser produzido será fruto da quantidade e qualidade das leituras e reflexões realizadas pelo/a estudante; do acompanhamento criterioso que o/a professor/a dará ao texto submetido; das discussões e reflexões que o grupo desenvolverá durante a elaboração do trabalho; do uso que o/a estudante fará da construção deste processo. A riqueza não deverá estar apenas no artigo ou texto final, mas no quanto essa experiência poderá ser reproduzida para além da OTS. Ou seja, que o/a estudante incorpore orientações, técnicas e possibilidades de produção de um texto em todos os momentos que se seguirem à sua formação.

O acompanhamento desse processo tem permitido aos docentes e estudantes refletirem sobre as dificuldades e desafios que temos no BI em Saúde. Uma das dificuldades reside no fato de pensar e incorporar, de fato, uma prática de ensino interdisciplinar em que nossos objetivos, estratégias e produtos esperados nos componentes curriculares ministrados resultem de um diálogo institucional mais profícuo. Ou seja, é preciso que haja interação e diálogo entre docentes, metodologias adotadas e conteúdos ministrados, particularmente entre componentes da formação específica e a OTS. Esse é um ponto importante e bastante ressaltado na avaliação da OTS pelos/as estudantes.

Finalmente, algo que também precisa ser recuperado nessa discussão diz respeito ao significado do termo Oficina. Muitos/as de nós, docentes, não desenvolvemos estratégias e metodologias de ensino que venham ao encontro de uma proposta condizente com o que se pretende em Oficina de textos. Para além de uma aula expositiva, que também tem seu lugar, uma oficina deve promover um espaço para troca de experiências, de enfrentamento das dificuldades e de uma produção compartilhada.

Deve-se levar em conta a experiência dos/as estudantes e tornar esse espaço um lugar para fazer com o outro. É fundamental que esse fazer – com possibilite transformações das práticas, tanto para estudantes, quanto para docentes. Implica, portanto, um processo de saber-fazer com o outro: “*uma boa ‘disciplina’ para colocar em prática os conhecimentos adquiridos nos Bacharelados Interdisciplinares.*” (Estudante Turma 6, 2011.1)

## Notas para trabalhos futuros

Muitas das reflexões teóricas presentes neste capítulo não são explicitamente desenvolvidas ao longo da OTS, tampouco são compartilhadas ou completamente “assimiladas” pelo conjunto de docentes do BI em Saúde. Evidentemente, devemos considerar a heterogeneidade de formação, leitura e interesse dos/as próprios/as docentes, o que não inviabiliza que nós possamos discutir ou problematizar coletivamente alguns aspectos que foram aqui destacados. Esse talvez seja o primeiro e grande desafio que nos ocorre no momento: ampliar essa discussão/reflexão e atualizá-la no nosso cotidiano acadêmico, principalmente no que diz respeito aos aspectos extralinguísticos do processo de criação e compreensão de textos, como também à produção de sentidos (sobre nós e o mundo) implicados no ato de criação/interpretação textual.

Outro ponto a destacar é que as reflexões devem acontecer de forma dinâmica e articulada às práticas desenvolvidas no decorrer da oficina, podendo ocorrer também novas práticas e formas criativas de condução, escolha e orientação de textos e trabalhos acadêmicos. Nesse sentido, precisamos, também, ter cuidado para não “reificar” a rotina, sequência ou dinâmica de atividades da OTS, apresentadas anteriormente. Esse é um esforço coletivo que deve existir ou acompanhar a dinâmica da OTS, considerando a abertura para a inovação do processo de ensino-aprendizagem e criação coletiva, embora haja dificuldades concretas de operacionalização, como, por exemplo, o próprio

mal-estar de alguns em relação ao ensino (e aprendizagem) de produção e análise de textos.

Conforme também buscamos demonstrar, a construção de textos é um processo que deve ocorrer de forma integrativa e relacional. Os/as estudantes identificam temas ou tópicos específicos de leitura e pesquisa, utilizando diferentes gêneros de texto (artigos, resenhas, ensaios etc.) em periódicos ou revistas científicas do campo da saúde (versão online e/ou impressa). No decorrer dessa trajetória, os grupos passam a identificar e organizar fontes de informação, discutir o modo de construção dos textos, argumentos utilizados, como também a política editorial e normas para envio de textos das respectivas revistas. Em cada encontro, outros aspectos específicos do conteúdo programático são trabalhados: como definir um problema de pesquisa ou intervenção, fazer citações, paráfrases, construir argumentos, organizar referências bibliográficas, projetos, relatórios etc. Entretanto, no decorrer desse processo, é preciso não perder de vista as relações que, potencialmente, há entre os componentes e atividades desenvolvidas “dentro” e “fora” do BI em Saúde. Daí, a importância de os/as estudantes serem incentivados a trazer temas, leituras, discussões, projetos e relatórios desenvolvidos em outros contextos e momentos do curso, podendo os mesmos servir como ponto de partida, modelos ou exemplos diversos para a reflexão e construção de seus próprios textos.

Por fim, não podemos deixar de reconhecer que os/as estudantes trazem uma infinidade de outras competências para além do discurso formal acadêmico, que podem mobilizar e instigar a produção e análise de textos. Portanto, para além das dificuldades gramaticais, é importante que possamos reconhecer essas outras competências dos/das estudantes. É o caso, por exemplo, do uso cotidiano de ferramentas computacionais utilizadas no processo de comunicação interpessoal, como *e-mails*, blogs e fóruns de discussão *on-line*. Essas ferramentas transformam o cotidiano desses atores, (re)produzem linguagens/sentidos, possibilitam a reflexão e recriam (dinamicamente) a própria língua.

Essas notas são necessárias para que a Oficina de textos não sirva apenas para aplicar ou reproduzir uma série de “técnicas” de formatação textual, como as normas da ABNT ou modelos (possíveis) de fichamento. Nessa perspectiva, a oficina de textos em saúde deve potencializar o posicionamento crítico de estudantes frente ao mundo e às normas sociais, problematizando o “funcionamento” das coisas e contextos de uso/aplicação. Enfim, a OTS deve

ser também um espaço propício para colocar e fazer “perguntas” ao mundo e a nós mesmos.

## Referências

- BAKHTIN, M. *The dialogic imagination*. Austin: University of texas press, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Speech genres and other late essays*. Austin: University of texas press, 1999.
- CLARK, K.; HOLQUIST, M. *Mikhail Bakhtin*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- ECO, U. *Os limites da interpretação*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FOUCAULT, M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- GERGEN, K. J. Psychological science in a postmodern context. *American Psychologist*, v. 56, n. 10, p. 803-813, 2001.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- MARCUSCHI, L. A. *Produção textual, análise de gêneros e compreensão*. São Paulo: Parábola editorial, 2008.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- PEIRCE, C. S. *Semiótica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- POTTER, J. *Representing reality: discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage Publications, 1997.
- SILVA, L. A. V. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 7, n. 13, p. 135-148, 2003.
- SOBRAL, A. Ato/atividade e evento. In: BRAIT, B. (Org.). *Bakhtin: conceitos-chaves*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 11-36.
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez Editora, 1999. p. 41-61.

# Seminários interdisciplinares de pesquisa em Saúde: debatendo as bases epistemológicas das ciências no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Naomar de Almeida Filho  
Vanessa Prado dos Santos

## Introdução

O componente curricular “Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde” (SIPS) vem sendo oferecido aos alunos do Bacharelado Interdisciplinar desde o segundo semestre de 2010, como optativa da Grande Área Saúde e como componente livre para os demais. Em todos os semestres, esse componente tem recebido mais de 30 alunos matriculados a cada turma.

O componente trata das bases epistemológicas da pesquisa em saúde, compreendendo a necessidade de um aprofundamento dos estudantes nos vetores, condicionantes e motivações que movem o mundo da pesquisa atualmente, conhecendo mais de perto obras clássicas de grandes autores que influenciam o conhecimento até os dias atuais. Seu programa tem como objetivo promover o contato do estudante com as origens do pensamento científico, fornecendo subsídios teóricos para analisar as bases do conhecimento na área das ciências e da saúde propriamente dita e refletir criticamente sobre concepções arraigadas em pesquisa e em saúde.

O SIPS também discute as principais questões epistemológicas do conhecimento científico no mundo ocidental, focalizando seus efeitos na construção de saberes sobre saúde-doença-cuidado, a partir da exposição dos alunos a temas e autores da epistemologia em geral e leitura orientada de clássicos da epistemologia particular do campo da Saúde. O aluno é convidado



a inter-relacionar os diversos autores sugeridos e analisar as suas influências nos modos de conceber a saúde na contemporaneidade.

Realizado como um seminário participativo sobre as bases epistemológicas da pesquisa em saúde, este componente compreende os seguintes tópicos:

- a) Introdução ao pensamento disciplinar, com foco na figura de René Descartes, personagem representativo, porém crítico, da herança aristotélica;
- b) Reconhecimento de Blaise Pascal como filósofo fundador de vertentes não-disciplinares do conhecimento;
- c) Debates sobre outras tensões que, apesar de germinadas nos escritos desses autores, indiciam formas de abertura e superação de dualismos;
- d) Repercussões conceituais e metodológicas dessas tensões para uma epistemologia da saúde/doença.

Os alunos são motivados à leitura e ao debate das formulações de autores clássicos, que influenciaram o pensamento ocidental, discutindo, através da história das ciências, as bases epistemológicas do nosso novo modelo de curso de graduação, através do regime de ciclos, pautado na interdisciplinaridade.

## Descrição do curso

Visando problematizar esse conjunto de questões, o curso compreende quatro módulos:

### Módulo I: Raízes

A primeira aula tem como título “A episteme grega”, com a projeção do filme Sócrates, seguida de “Platão, Aristóteles e a escolástica”, com exibição de vídeos sobre o mito da caverna. Na segunda aula, com o tema “O Renascimento e a Ciência”, encerra-se o primeiro módulo com a exibição de um filme sobre a vida de Galileu Galilei.

### Módulo II: Tensão Congênita

Os temas do segundo módulo se iniciam com o tema “Descartes e a disciplinaridade”, com a projeção do filme Cartesius, seguido de “Pascal e a

contingência”, com a exibição do filme Pascal, finalizando o módulo com o assunto “A tensão cartesianismo *versus* pascalismo”, motivando o debate com a leitura dramática da peça “O encontro de Descartes com o Jovem Pascal”, de Jean-Claude Brisville.

### Módulo III: Aberturas epistemológicas

O terceiro módulo conta com o tema “Freud e a descoberta do inconsciente”, com a exibição do filme “*Freud, além da alma*”, seguido de “*Marx-Engels e a dialética*”, assunto que é debatido através de seminário conduzido pelos alunos. O terceiro tópico abordado é “O ceticismo de Popper”, discutindo sua obra *A Lógica da Descoberta Científica*, também através de seminário apresentado pelos alunos, o mesmo ocorrendo com o quarto tema “Thomas Kuhn e a ciência como prática”, com ênfase em sua obra “*A estrutura das Revoluções Científicas*”.

### Módulo IV: Clássicos da Epistemologia em Saúde

No quarto módulo, Clássicos da Epistemologia em Saúde, iniciamos com o tema “Canguilhem, o normal e o patológico”, discutindo sua tese “*O Normal e o Patológico*”, seguindo com “Foucault, o caso e a Clínica” e a leitura e discussão de “*O Nascimento da Clínica*”. A penúltima aula tem como título “*Arouca e a crítica do preventivismo*”, enfatizando o caráter revolucionário desta obra para o debate das possíveis soluções para os “dilemas” no campo da saúde. Na conclusão do curso são aprofundados os conceitos de multi/inter/transdisciplinaridade e sua interface com a pesquisa em saúde.

Além desses temas, a cada semestre, novos autores são contemplados pelo programa, como, por exemplo, Ludwig Wittgenstein e Pierre Bourdieu, discutindo temas como a linguagem e a sociologia e sua articulação com a pesquisa em saúde.

## Metodologia

### Equipes de aprendizagem

A partir das referências bibliográficas, cinematográficas, dramatúrgicas e digitais, a estratégia pedagógica utilizada é a construção compartilhada do

conhecimento crítico, com base em Equipes de Aprendizagem. São formadas Equipes de Aprendizagem para a apresentação de seminários sobre os diversos temas propostos. As equipes são formadas pelos estudantes, com número de componentes entre cinco e dez, a depender do total de alunos matriculados no componente. Existe a possibilidade de participação de até 60 alunos de graduação ou pós-graduação, sendo estimulada a presença de integrantes dos diversos bacharelados – artes, humanidades, saúde e ciência e tecnologia – pois o componente discute autores comuns a todas as áreas do conhecimento. As equipes de aprendizagem apresentam os seminários propostos, com base nas referências do curso e buscando novas fontes de pesquisa, para enriquecer a apresentação.

## Recursos pedagógicos

Filmes e vídeos são apresentados pela equipe docente, e também é orientada a busca destas fontes pelos próprios alunos. As referências bibliográficas utilizadas no curso se encontram detalhadas abaixo, mas para cada autor estudado novas obras são propostas, num aperfeiçoamento contínuo das fontes de consulta, incorporando novos textos, inclusive propostos pelos alunos e por docentes convidados. Cada Equipe de Aprendizagem edita um *blog* ou *miniblog*, compartilhando com os colegas o plano da respectiva apresentação e a bibliografia utilizada na tarefa, disponibilizando-a no *blog* da equipe.

### Filmes exibidos durante o curso:

*Blaise Pascal*. Dirigido por Roberto Rossellini. Itália/França, 1974.

*Cartesius*. Dirigido por Roberto Rossellini. Itália, 1972.

*Freud, além da alma*. Dirigido por John Huston. EUA, 1962.

*Giordano Bruno*. Dirigido por Giuliano Montaldo. Itália, 1973.

*Sócrates*. Dirigido por Roberto Rossellini. Itália, 1971.

*Wittgenstein*. Dirigido por Derek Jarman & Ken Butler. EUA, 1993.

**Vídeos utilizados no curso (fonte: Youtube):**

Platão: Breve Vida e Obra.

Aristóteles: Breve Vida e Obra.

Avicena Filosofia.

Cena de Abertura de Alexander the Great. Dirigido por Oliver Stone. EUA, 2004.

Filosofia Escolástica.

Matrix e o Mito da Caverna.

O Mito da Caverna. Viviane Mosé, Fantástico.

**Leitura Dramática de Peças de Teatro:**

*O encontro de Descartes com o Jovem Pascal*, de Jean-Claude Brisville.  
Paris, 1985.

Os recursos didáticos utilizados têm como objetivo aproximar esses grandes autores da realidade e do cotidiano dos estudantes, o que é feito com sucesso através da imagem e pelo contato visual com esses personagens da ciência. Vídeos contendo entrevistas com professores de sociologia, filosofia e história das ciências, produzidos por renomados centros universitários, também são apresentados aos alunos para complementar o aprendizado. O diálogo com novas produções cinematográficas e com vídeos postados na internet também promove maior interação dos alunos com os temas abordados no Curso.

## Avaliações

Os seminários realizados pelas Equipes de Aprendizagem são avaliados em relação a conteúdo, originalidade, desempenho e participação coletiva nas tarefas de cada grupo. Essa parte da avaliação de aproveitamento é feita pela equipe docente e convidados, sendo responsável por 50% da nota final do semestre.

Trinta por cento da nota resulta do chamado “Teste de Perguntas”, numa nova proposta de avaliação. Esse instrumento objetiva avaliar a capacidade de o aluno levantar questões sobre a temática abordada em cada módulo.

Os estudantes devem propor, em cada teste, até oito questões, cobrindo todos os tópicos do respectivo módulo, sendo que cinco desses quesitos são considerados para a avaliação de cada teste. A atividade é individual, e cada aluno prepara dois testes de perguntas por semestre.

A terceira avaliação é realizada através de um Exame de Síntese (20% da nota). Nesse exame testamos a compreensão dos temas/problemas tratados no curso, contendo cinco quesitos selecionados entre as melhores questões geradas pelos próprios estudantes nos testes de perguntas. Os alunos podem escolher e responder, de modo sucinto e objetivo, três desses quesitos para serem considerados na avaliação.

## Análise da programação

Nesse seminário, a influência de grandes clássicos do pensamento científico nos saberes e nas práticas do campo da saúde é debatida, para buscar as origens do modo de pensar contemporâneo. As vidas e obras de alguns autores destacados da filosofia e da história das ciências, como Platão, Aristóteles, Bruno, Galileu, Descartes, Pascal, Marx-Engels, Freud, Wittgenstein, Popper e Kuhn, revelam tensões que, na história do pensamento ocidental, propiciaram a constituição de saberes sistemáticos que atualmente legitimam-se como científicos. Pretende-se aqui demonstrar que a tensão cartesianismo e pascalismo é congênita ao pensamento ocidental e permanece latente nas polaridades disciplinaridade *versus* inter/transdisciplinaridade, reducionismo *versus* holismo, determinação *versus* acaso, simplicidade *versus* complexidade, que animam as ciências que operam o campo da saúde na sociedade contemporânea.

Na primeira etapa do curso, iniciamos a discussão epistemológica introduzindo as matrizes do pensamento grego. A turma assiste à exibição do filme *Sócrates*, do diretor italiano Roberto Rossellini, e inicia um debate sobre o método e a teoria deste filósofo sobre o conhecimento e a verdade. Discute-se em classe a maiêutica socrática, o método de perguntas e a ironia como formas de se chegar ao conhecimento. Os alunos são estimulados a se indagar se realmente conhecem o que é a verdade, a beleza e, enfim, a saúde, seguindo o exemplo socrático.

No segundo encontro, caminhamos na história em direção a Platão, e seu mito da caverna, discutindo o mundo das ideias e sua influência no pensamento contemporâneo, correlacionando, aos ideais platônicos de corpo e saúde,

Aristóteles e sua contribuição para as ciências e a filosofia escolástica que atravessou a idade média, discutindo que, apesar da repressão e do controle da igreja, surgiram grandes filósofos em um período que foi solo ao renascimento. Em todas essas discussões são utilizados vídeos que mostram como homens e temas, aparentemente distantes, conversam com grandes sucessos do cinema atual, como, por exemplo, a trilogia Matrix.

O pensamento clássico do Renascimento é introduzido através de um documentário da BBC sobre Galileu Galilei, considerado um marco para o modo de conhecimento que conhecemos como ciência moderna. O conflito entre o geocentrismo e o heliocentrismo instiga o debate sobre a veracidade dos nossos conhecimentos, sobre as limitações do homem e sobre como a sociedade também interage com o campo científico, permitindo superar uma visão conservadora da ciência e do mundo.

A segunda etapa do programa auxilia e fundamenta os estudantes na reflexão sobre a disciplinaridade, concepção arraigada em praticamente todos os saberes e práticas do campo da saúde. O módulo começa com a exibição dos filmes *Cartesius*, sobre René Descartes, e Blaise Pascal, também produzidos por Roberto Rossellini. Após o primeiro filme, é debatido em sala de aula o Discurso do Método, obra chamada de Manifesto Racionalista, na qual Descartes propõe a hegemonia da razão como única forma de se chegar ao verdadeiro conhecimento. Ainda discutindo o método cartesiano, aprofundamos as suas premissas valorizadoras da dúvida sistemática e, a partir daí, sua analítica: repartir o objeto de estudo em tantas partes quantas fossem necessárias para se chegar ao conhecimento, o cerne da fragmentação no mundo da pesquisa.

Com a exibição do filme Blaise Pascal, evidenciamos o autor da célebre frase “o coração tem razões que a própria razão desconhece”, que costumamos repetir, embora geralmente não paremos para aprofundar devidamente seu contexto e implicações. Pascal é mostrado como um representante da não-disciplinaridade. Em sua obra *Pensamentos*, demonstra a dificuldade de se conhecer as partes sem ter ideia do todo e, em vários pontos de sua obra, aborda a complexidade do homem e da natureza, considerando ser impossível seu estudo através de um único método, o da razão.

No terceiro encontro desse módulo, os alunos realizam a leitura dramática da peça teatral “*O encontro de Descartes com o Jovem Pascal*”, de Jean-Claude Brisville, aproximando-se destas duas figuras históricas que marcaram

a história das ciências. Confrontando as ideias de Descartes e Pascal, os alunos são instigados a se perguntar de qual dos dois se aproximam mais e por que, destacando pontos positivos das teorias de cada um e o legado deixado por eles na nossa forma de pensar a pesquisa e a prática em saúde.

No módulo seguinte, os alunos são apresentados a nomes como Sigmund Freud, Karl Marx, Karl Popper e Thomas Kuhn. Por meio da exibição do filme *“Freud - além da alma”*, do diretor John Huston, os estudantes entram em contato com uma das maiores referências em saúde mental e podem refletir sobre suas observações, seu método e seu confronto com a comunidade científica da época. Na aula seguinte, discutimos as diferentes acepções da palavra dialética, desde Sócrates e a arte do diálogo, até a concepção hegeliana do confronto entre os seus elementos, tese e antítese, na busca da síntese. Discutir o método dialético envolve compreender as transformações do conhecimento científico ao longo do tempo, passando por seu contexto histórico e social, debatendo a obra de Karl Marx.

A leitura de clássicos da epistemologia em Saúde, como *“O normal e o patológico”* de Georges Canguilhem e *“O Nascimento da Clínica”* de Michel Foucault, é compreendida como item obrigatório para uma formação interdisciplinar, na tentativa de apreender a complexidade do objeto saúde. Os alunos discutem amplamente concepções de saúde e doença, normalidade e anormalidade, e normatividade.

Autores clássicos nacionais também são contemplados no programa, representados pela figura de Sérgio Arouca. Mediante o debate da obra *“O Dilema Preventivista”*, trazemos a discussão do objeto saúde para o contexto político-social brasileiro, estimulando os alunos a analisar criticamente antigas e atuais propostas de superação dos obstáculos e crises no campo da saúde.

Finalizando o curso, utilizamos textos complementares para discutir os conceitos de meta, inter e transdisciplinaridade. Aqui, os alunos são convidados a mostrar exemplos de pesquisas interdisciplinares em saúde, além de refletir sobre o modelo de formação do qual fazem parte, suas expectativas e seu compromisso social. O modelo contemporâneo de pesquisa em saúde é debatido amplamente, buscando expor a necessidade de interligá-lo às áreas de tecnologia, artes e ciências humanas, como à sociologia e à antropologia.

Esse programa tem sido continuamente revisto e aprimorado pela equipe docente e, a cada seminário, são convidados professores de outras unidades para ampliar e enriquecer o debate.

## Impacto sobre a formação dos alunos

Os alunos que cursaram o componente nessas três primeiras versões do Curso se surpreenderam, num primeiro momento, com o contato com grandes autores e com obras clássicas da epistemologia. Após os filmes, vídeos e debates, puderam se aproximar desses clássicos e valorizá-los, compreendendo a importância de uma análise crítica das possibilidades do conhecimento e de suas interfaces no campo da saúde.

O debate sobre o papel central da epistemologia se mostra fundamental ao entendimento do nosso comportamento em relação aos saberes e práticas na saúde, como integrantes da sociedade contemporânea. Quando encontram e iniciam a leitura desses livros, os estudantes logo argumentam contra sua complexidade e indicam a dificuldade de produzir os seminários. Contudo, após os diálogos com docentes e convidados, e expostos aos filmes e vídeos, logo percebem a aplicabilidade desse aprofundamento teórico.

Na avaliação, a modalidade de “Teste de Perguntas” inicialmente não é de fácil apreensão pelos alunos, mas, já nos momentos iniciais do curso, eles percebem que é a capacidade de levantar boas perguntas que realmente verifica se compreendemos e refletimos sobre um tema, sendo uma atividade propulsora da pesquisa e da evolução do conhecimento.

É interessante observar como os alunos, munidos de uma visão fragmentada hegemônica do campo da saúde, sofrem um “estranhamento” ao perceber que devem se aprofundar em autores como Karl Popper e Thomas Kuhn, e suas teorias sobre a ciência e o conhecimento. Discutir o problema da indução e a teoria da falseabilidade para as teorias científicas de Karl Popper tem como objetivo ampliar a compreensão dos alunos das limitações do conhecimento científico. Paradigmas, crises e revoluções científicas, explicados à luz do pensamento de Thomas Kuhn, provocam uma análise crítica de jargões que repetimos no nosso cotidiano sem, muitas vezes, compreender sua real aplicabilidade. O aluno pode então correlacionar e debater com os demais como o paradigma disciplinar na educação em saúde vem enfrentando uma crise e as possibilidades de resolução destas e de outras anomalias.

Discutir a obra de Canguilhem instiga o aluno a buscar suas próprias concepções de saúde e a refletir sobre questões colocadas por este autor, pertinentes ao nosso modo de vida contemporâneo, como, por exemplo, de que a cura pode se aproximar mais da doença que da saúde. Por sua vez, a obra



de Foucault traz a história como aliada na busca do conhecimento e mostra aos estudantes que nossas práticas atuais trazem consigo uma cronologia que culminou com a forma atual das profissões da saúde.

Enfim, o contato com grandes nomes da filosofia e da ciência fornece embasamento teórico e imprime no aluno um “espírito” questionador, fundamental para fomentar a pesquisa e a evolução do conhecimento na universidade, alicerce de um modelo de formação amplo e conceitualmente rico, como é o Bacharelado Interdisciplinar.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov./dez. 2000.
- \_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 14, n. 3, set./dez. 2005.
- AROUCA, A. S. *O Dilema preventivista*. São Paulo: EdUnesp, 2003 [1975].
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense universitária, 2006.
- COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, jun. 1999.
- DESCARTES, R. *O discurso do método*. São Paulo: Nova Cultural, 1999. (Coleção Os pensadores: Descartes). Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/14893702/Descartes-Discurso-do-Metodo-trad-Jaco-Guinsburg-e-Bento-Prado-Jr-com-notas-de-Gerard-Lebrun-publicacao-autorizada-pelos-detentores-dos-direitos>>. Acesso em: 22 set. 2011.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense universitária, 2008.
- KONDER, L. *O que é Dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1987. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/6985884/Leandro-Konder-o-Que-E-DialEtica>>. Acesso em: 22 set. 2011.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- PASCAL, B. *Pensamentos*. São Paulo: Nova cultural, 1999. (Coleção Os pensadores: Pascal). Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/pascal-pensamentos-pdf-d45563612>>. Acesso em: 25 set. 2013.
- POPPER, K. *A lógica da descoberta científica*. São Paulo: Cultrix, 1993.

# A transversalidade da Saúde Mental nos Bacharelados Interdisciplinares

---

Vlândia Jamile dos Santos Jucá

## Introdução

Ao longo de uma trajetória histórica que teve como dois grandes marcos a reforma sanitária (PAIM, 2009) e a reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002), a assistência à saúde no Brasil passou por mudanças significativas que lançaram, dentre tantos desafios, a necessidade de se implementar uma formação diferenciada para os técnicos que iriam atuar no contexto da saúde coletiva. Dentre vários problemas mapeados por autores diversos, há um que podemos considerar de ordem estrutural e permanece pouco problematizado: a saúde mental permanece ainda como um capítulo à parte quando se trata do campo da saúde de modo mais geral, não obstante os movimentos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica tenham acontecido de modo articulado, compartilhando inclusive atores que estavam inseridos simultaneamente em ambos.

Tradicionalmente, sustenta-se que a formação em saúde mental é algo que diz respeito exclusivamente aos profissionais que lidarão diretamente com o sofrimento psíquico estrito senso. Desafiando essa tradição – algo que temos feito continuamente nos Bacharelados Interdisciplinares – decidimos ofertar no Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos um componente curricular denominado “Modelos Assistenciais em Saúde Mental” (parte de um grupo optativo de componentes curriculares denominados *Tópicos Especiais*).

Inicialmente esse componente foi ofertado prioritariamente para os alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde por motivos administrativos:

tais alunos precisavam cursar disciplinas optativas em saúde e a oferta em outras unidades da Universidade Federal da Bahia (UFBA) ainda não cobria a demanda existente. No entanto, no terceiro semestre consecutivo, decidimos abrir vagas para alunos de outros dois Bacharelados Interdisciplinares (Humanidades e Artes), bem como para discentes dos cursos de psicologia e de enfermagem. Isso por considerarmos a saúde mental não um tópico específico pertinente a apenas algumas formações no campo da saúde, mas um tema transversal.

## O ensino de “modelos assistenciais em Saúde Mental”

O componente curricular, como o nome já indica, não tinha por objetivo central o ensino da psicopatologia. Seu propósito maior era, segundo o plano de curso, mapear os principais modelos assistenciais no campo da saúde mental, com destaque para a reflexão crítica sobre modelo manicomial, bem como acerca do modelo substitutivo preconizado pela política que rege a Reforma Psiquiátrica no Brasil, identificando os avanços obtidos e os impasses a serem superados.

Segundo tal proposta, percorremos um conteúdo programático que parte do nascimento do manicômio (FOUCAULT, 1993, 1994), passa pela discussão do funcionamento das instituições totais (GOFFMAN, 1999), pelo surgimento das primeiras tentativas de mudança na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995, 2007) com ênfase na experiência da psiquiatria democrática italiana (AMARANTE, 1996), pela história da saúde mental no Brasil, culminando com a reforma psiquiátrica, o modelo de atenção psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) e seus dispositivos de cuidado. (BRASIL, 2004)

Acentuamos também os impasses presentes na implementação da reforma e os desafios de construção de uma rede intra-setorial e intersetorial que, em nossa compreensão, seria condição *sine qua non* para um tratamento diferenciado e promotor de (re)inserção social dos que são acometidos por um *pathos* que lhes esgarça os laços sociais, por vezes, já tão frágeis. Para a construção da rede, destacamos sempre a transversalidade da saúde mental que está em todos os serviços de saúde, na escola, no trabalho, nas ruas, enfim, perambula pelas cidades e áreas rurais, onde quer que a dimensão humana se faça presente.

Em termos de estratégias metodológicas, mesclamos aulas nas quais um texto é exposto e o alunato é convidado a discutir conosco – o que, com frequência, gerou debates férteis – e exposição de filmes (longas e curtas metragens), sempre articulados ao conteúdo trabalhado, algo que em muito enriqueceu a discussão e facilitou a aprendizagem dos conteúdos apresentados pelos autores abordados. Apenas para exemplificar: ao trabalharmos com a temática do surgimento do manicômio e com a reflexão sobre o normal e o patológico, assistimos ao curta-metragem *O Alienista* (1993), filme baseado no livro homônimo de Machado de Assis. (O ALIENISTA, 1993)

Ao abordar as instituições totais, dois filmes subsidiaram uma melhor apropriação do texto de Goffman: o clássico *Um Estranho no Ninho* (UM ESTRANHO..., 1975) e o documentário que retrata a situação do Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador *A Casa dos Mortos*. (A CASA..., 2009) Na historização da reforma psiquiátrica brasileira, empregamos o vídeo *Vozes da Voz* (2009), que auxiliou os alunos a vislumbrar que outros caminhos para além do hospital são viáveis e produzem diferenças significativas na vida dos portadores de sofrimento psíquico. Como último exemplo, trago *Estamira* (ESTAMIRA, 2004), filme a partir do qual podemos refletir sobre o que poderia ser, a partir da história de vida retratada no documentário, a efetivação de um modelo da atenção psicossocial que realmente considerasse e respeitasse a singularidade de cada um.

O uso de um recurso proveniente do campo das artes – os filmes – mostrou-se de enorme potencial para mobilizar os alunos de um modo que nem os textos nem as palavras da professora conseguiriam tocá-los. Ainda apostando no poder do sensível para amadurecer o que gostaríamos de trabalhar também em termos cognitivos, empregamos também material literário, mais especificamente biografias e autobiografias de sujeitos com um sofrimento psíquico que os levaram a experiências diversas de assistência. As biografias e autobiografias utilizadas foram: *Bispo do Rosário* (HIDALGO, 1996); *Uma Mente Brilhante* (NASAR, 2006); *Uma Mente Inquieta* (JAMESON, 1996); *Moça Interrompida* (KAYSEN, 1996); *Olhe nos Meus Olhos* (ROBINSON, 2008); *Cristal na Veia* (SHEFF, 2009); *Canto dos Malditos* (CARRANO, 2001); *O Futuro Dura Muito Tempo*. (ALTHUSSER, 1992)

É importante ressaltar ainda que a bibliografia literária originalmente proposta foi sendo enriquecida a cada semestre por novos textos, fruto da indicação e solicitação dos próprios alunos. Trabalhamos essas referências mais

longas em formato de seminários apresentados por equipes de alunos, cada grupo ficando responsável por um texto específico. Apesar de nosso foco não ser a psicopatologia, mas a assistência, o contato com as histórias de vida, relatadas nas obras destacadas, tem propiciado reflexões instigantes sobre os: (a) efeitos do sofrimento psíquico na vida de quem dele padece; (b) uma melhor apreensão da discussão sobre o modelo manicomial, bem como as relações de poder nele presentes; (c) uma apreensão dos estigmas que marcam a trajetória dos egressos dos hospitais e clínicas que operam a partir do paradigma das instituições totais; (d) e a importância dos laços sociais, mesmo que frágeis e ambivalentes, nas trajetórias relatadas nessas obras.

Além das obras supracitadas, no último semestre incorporamos também a *Vida e a Obra de Nise da Silveira*. Optamos por discutir Nise da Silveira pelo fato dessa psiquiatra ter em muito contribuído para mudanças no modo de compreender e abordar o sofrimento psíquico nas instituições de saúde mental, em especial por ter sido uma das pioneiras no Brasil no questionamento sobre o modelo manicomial e práticas recorrentes em seu tempo, como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia. A médica em questão ainda inovou na forma de utilizar as artes como recurso terapêutico, apostando que a produção artística era não apenas um canal de expressão dos conflitos de cada sujeito, mas também um espaço de elaboração dos mesmos. Por suas importantes contribuições e por ser pouco lembrada nos textos que relatam a história da saúde mental no Brasil, convidamos os alunos a incorporar a autora, com sua biografia e – mais ainda – com seu legado, na apresentação dos seminários.

Ao fim de cada semestre, fazemos com os alunos uma avaliação da disciplina, como é de praxe no contexto universitário. Nesse momento, além das críticas e sugestões sobre o conteúdo e as estratégias metodológicas empregadas, o que mais nos tem chamado a atenção é o efeito de sensibilização que o componente curricular alcança, com destaque para o fomento de outro olhar sobre a loucura. Com frequência, alguns alunos relataram que mudaram a percepção que tinham sobre o dito “louco” e que, a partir da desconstrução de uma relação já naturalizada de que “lugar de maluco é no hospício”, passaram a vislumbrar que um cuidado diferenciado é possível. Além de depoimentos dessa ordem, bastante recorrentes, destaco ainda que alguns, que nunca haviam considerado a possibilidade de trabalhar com saúde mental, foram “fisgados” por essa área e demonstraram interesse em se inserirem

em projetos outros (de monitoria, de extensão e de pesquisa) que lhes viabilizassem dar continuidade a esse primeiro contato.

## **Atividade curricular em comunidade: saúde mental e direitos humanos**

Além da experiência relatada, referente ao componente curricular “Modelos Assistenciais”, desenvolvemos também uma Atividade Curricular em Comunidade (ACC) que também tinha como foco a saúde mental em sua articulação com os direitos humanos. Devemos inicialmente entender que a referida atividade na UFBA funciona como um componente curricular; no entanto, em sua operacionalização, aproxima-se dos projetos de extensão, estando, por esse motivo, cadastrada na pró-reitoria de extensão, órgão responsável pelo suporte financeiro e acompanhamento das atividades realizadas. A referida ACC foi ofertada pela primeira vez em 2011.2 e tinha como título “Saúde Mental e Direitos Humanos: a educação em saúde como ferramenta de empoderamento”.

A ACC em questão nasceu da demanda da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares da rede de Saúde Mental (AMEA), que propôs a participação da UFBA no desenvolvimento das atividades previstas no Projeto “Cidadania e Loucura, Circulando Direitos: contra os preconceitos e pela inclusão social”, contemplado no edital do Fundo Brasil de Direitos Humanos (FBDH). Em 2011.1, a AMEA nos contactou solicitando apoio para a realização de oficinas, visando à divulgação do Guia de Direitos Humanos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental – “Loucura Cidadã” – criado com o apoio do próprio FBDH. A partir desse contato, nasceu então a ACC que foi projetada e conduzida através de um contínuo diálogo com membros da AMEA.

A atividade teve como objetivo central desenvolver estratégias de promoção da saúde, a partir da divulgação e problematização dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental, estimulando sua reflexão crítica e participação no controle social, a partir da realização de ações conjuntas entre a AMEA e a comunidade acadêmica da UFBA. Como toda ACC realizada na UFBA, contamos com alunos oriundos de diversos cursos. No nosso caso, tivemos alunos das seguintes graduações: Bacharelado Interdisciplinar em

Saúde (seis); Bacharelado Interdisciplinar em Artes (dois); Saúde Coletiva (um) e Psicologia (dois), totalizando 11 graduandos.

O primeiro passo para o desenvolvimento da ACC, após sua aprovação mediante submissão do projeto ao ser lançado o edital da pró-reitoria de extensão, foi a seleção dos alunos e a articulação, com a AMEA, de encontros preparatórios para as oficinas de divulgação do guia “Loucura Cidadã” a ser apresentado em serviços de saúde mental de ordens diversas: hospitais psiquiátricos, ambulatoriais e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tanto da capital quanto do interior da Bahia. Nesses encontros, fizeram-se presentes, além de membros da AMEA e dos alunos selecionados, usuários de CAPS e de serviços ambulatoriais de Salvador. Tivemos quatro encontros nos quais, de modo conjunto com todos os participantes, foi elaborada a metodologia de divulgação do referido manual nas instituições. A metodologia escolhida envolvia um cordel que apresentava o guia, três cenas teatrais que ilustravam cenas nas quais direitos dos usuários da rede de saúde mental eram desrespeitados e, por fim, a retomada do cordel que incentivava os usuários a fazerem uso do “Loucura Cidadã”. Em seguida, cada usuário e/ou familiar recebiam um exemplar do guia. Em um semestre, mini-equipes formadas por dois membros da AMEA e dois alunos integrantes da ACC percorreram 17 serviços de saúde mental, sendo dois do interior do Estado.

Durante o semestre, além das oficinas que aconteciam nos serviços, semanalmente, os alunos se reuniam com a professora, com uma colaboradora que compartilhou com a professora responsável a função de supervisora<sup>1</sup> e com a monitora da ACC no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC). Os encontros serviam para realizarmos o estudo de textos e fazermos o acompanhamento das oficinas, em um exercício contínuo de avaliação e planejamento. Era nesse espaço que os alunos podiam relatar as oficinas (também registradas em diários de campo), falar de suas angústias, do que deu certo, do que não deu certo, do que os surpreendeu, enfim, as reuniões semanais eram um lugar de junção da dimensão teórica e experiencial.

Considerando o impacto da ACC para a formação dos estudantes, ficou claro que o mesmo foi maior do que o obtido com o componente curricular

---

1 A colaboradora em questão foi Monique Brito, psicóloga e mestranda do Instituto de Saúde Coletiva que tem acompanhado e assessorado a AMEA desde sua criação. Aproveitamos para agradecer a Monique Brito e a Catarina Sakai, essa última monitora da ACC, com quem pudemos construir um trabalho verdadeiramente compartilhado.

acima relatado. Isso porque fomos além dos textos, dos filmes e da literatura e caminhamos em direção ao mundo da vida, aproximando-nos do cotidiano dos que frequentam as instituições de saúde mental credenciadas ao Sistema Único de Saúde. A convivência mais estreita com os membros da AMEA – alguns com uma longa trajetória de exclusão social e de internações em hospitais psiquiátricos – provocou um deslocamento importante entre os alunos que, visivelmente, ao longo da ACC, passaram a perceber cada participante da AMEA, para além de sua condição psíquica; aliás, com a experiência que essa condição lhes deu, como pessoas com grandes potencialidades, inclusive, de contribuir na batalha política cotidiana de agenciamento de outro lugar social e cultural para o dito louco.

Esse deslocamento pode ser percebido não apenas na ordem da percepção, mas da relação entre corpos. Com o passar dos encontros, os estudantes pareciam sentir-se, cada vez mais, confortáveis no convívio com os que traziam a marca da loucura e isso apareceu posteriormente nos relatos que os alunos fizeram, tanto orais quanto escritos.

Os encontros (e desencontros) que aconteceram nos serviços, nos ensaios para as oficinas, em reuniões com a AMEA, na circulação com membros da Associação pela cidade e mesmo no interior do estado, produziram mudanças em uma cultura incorporada que os alunos traziam consigo e puderam, pelo menos, colocar entre parênteses a partir da convivência propiciada pela ACC.

## Comentários finais

Podemos afirmar que as duas experiências aqui relatadas – a do componente curricular “Modelos Assistenciais em Saúde Mental” e a do ACC “Saúde Mental e Direitos Humanos: a educação em saúde como ferramenta de empoderamento” – produziram mais do que um conhecimento teórico acerca das mudanças operadas na assistência em saúde mental.

Arriscamos afirmar que a contribuição maior da disciplina e, de modo acentuado, da ACC foi o delineamento de outro olhar e de outro modo de se relacionar com esse desconcertante fenômeno social, cultural, psíquico e político denominado “loucura”. Caso apostemos que a formação acadêmica tem um papel na produção de sujeitos, no desenvolvimento de sensibilidade



des e da construção de um *ethos*, consideramos as duas experiências como bem-sucedidas.

## Referências

O ALIENISTA. Direção: Guel Arraes. Produção: Jorge Furtado. Roteiro: Guel Arraes, Jorge Furtado e Pedro Cardoso. Rio de Janeiro: Globo vídeo, 1993. 1 DVD (47 min.), color.

ALTHUSSER, L. *O Futuro dura muito tempo*. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. Franco Basaglia: novas histórias para desinstitucionalização. In: \_\_\_\_\_. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 65-106.

\_\_\_\_\_. Das Psiquiatrias reformadas às rupturas com a Psiquiatria. In: \_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Temas em Saúde). p. 37-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARRANO, A. *O canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

A CASA dos mortos. Direção: Debora Diniz. Produção: Fabiana Paranhos, Flávia Squinca e Sandra Costa. Roteiro: Debora Diniz. Brasília: Imagens Livres, 2009. 1 DVD (24 min.) color.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, A. C.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Rio de Janeiro: Europa Filmes. 2004. 1 DVD (116 min.).

UM ESTRANHO no ninho. Direção: Milos Forman. Produção: Michael Douglas e Saul Zaentz. Los Angeles: Fantasy Films: N. V. Zvaluw, 1975. 1 DVD (129 min.).

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

\_\_\_\_\_. *Psicologia e doença mental*. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

HIDALGO, L. *Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

JAMESON, K. R. *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KAYSEN, S. *Moça interrompida*. São Paulo: Marco Zero, 1996.

NASAR, S. *Uma mente brilhante*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROBINSON, R. J. *Olhe nos meus olhos*. São Paulo: Larousse do Brasil, 2008.

SHEFF, N. *Cristal na veia*: memórias de uma viagem sem limites ao inferno das drogas. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências e Saúde*: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 29 dez. 2011.

VOZES da voz. Direção: Valnei Nunes. Produção: Rafaela Uchoa. São Paulo: [S.n.], 2009. 1 DVD (115min.).



# Racionalidades em Saúde, Sistemas Médicos e Práticas Alternativas: exercitando uma perspectiva multicultural no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Carmen Fontes Teixeira  
Marcelo Nunes Dourado Rocha

## Introdução

A inclusão da temática “Racionalidades em saúde”<sup>1</sup> no curso de Bacharelado Interdisciplinar surgiu do interesse da equipe de coordenação do BI em Saúde, conseqüente à reflexão acerca das tendências da produção científica no campo, particularmente a constatação do interesse de vários pesquisadores da área de Ciências Sociais em Saúde com o tema. (BARROS, 2000, 2008; LAPLANTINE; RABEYRON, 1989; LUZ, 1997, 1988, 2000, 2005)

Esse interesse não surge por acaso, e sim decorre da análise do que vem ocorrendo no âmbito dos sistemas de saúde no mundo, cada vez mais permeados e permeáveis à incorporação de concepções e práticas fundadas em racionalidades distintas da que fundamenta o modelo biomédico. No Brasil,

---

1 Estamos utilizando o termo “racionalidades em saúde”, inspirados na reflexão desenvolvida por Luz, (1988), acerca da conformação da “racionalidade científica moderna” na área de saúde, trabalho fortemente influenciado por Foucault (1966). Desenvolvendo esta linha, mais recentemente Luz (2005) define as racionalidades médicas ou sistemas médicos complexos considerando que é possível distingui-los na medida em que cada um deles apresenta, em termos teóricos e/ou simbólicos, cinco dimensões básicas: 1) uma morfologia humana, 2) uma dinâmica vital humana, 3) uma doutrina médica, 4) um sistema de diagnose e 5) um sistema terapêutico. Nessa perspectiva, é possível analisar as características das práticas alternativas que vem sendo integradas à oferta de serviços no SUS, perguntando-se até que ponto a Homeopatia, a Medicina tradicional chinesa, a Fitoterapia, etc, constituem “sistemas médicos” complexos, fundadas em racionalidades distintas da racionalidade científica que embasa a medicina e a saúde pública predominante no SUS e no sistema privado suplementar.

particularmente, esse processo é bastante nítido, observando-se a presença e difusão de “sistemas médicos” e práticas terapêuticas “alternativas”, algumas das quais, inclusive, vêm sendo objeto de estudos e incorporação complementar aos sistemas terapêuticos hegemônicos, tanto na área da medicina interna, em várias especialidades, quanto na área da saúde mental.

Recentemente, esse processo foi legitimado no âmbito das políticas governamentais brasileiras com a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC-SUS), publicada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 971, de 03 de Maio de 2006. (BRASIL, 2006) Esse documento reconhece a importância e a possibilidade dos estabelecimentos do SUS passarem a oferecer ações de saúde fundamentadas em distintas abordagens terapêuticas, a exemplo da Homeopatia, Fitoterapia, Crenoterapia, Medicina Antroposófica e Acupuntura.

Nesse contexto, coerentemente com os princípios norteadores do BI em Saúde, quais sejam a abertura a temas emergentes no campo da saúde e a proposta de oferecer aos estudantes uma visão panorâmica do que se passa neste campo, considerou-se pertinente e necessário implantar um componente curricular que permitisse uma reflexão crítica acerca deste tema.

Tal decisão ensejou, inicialmente, um esforço de revisão por parte dos docentes responsáveis para elaborar um programa de curso que contemplasse as bases conceituais mínimas que configuram o debate atual em torno dessa temática, ao tempo em que motivasse os estudantes a se envolverem no levantamento e sistematização do “estado da arte”, ou melhor, da situação atual em termos da difusão e incorporação das “práticas integrativas e complementares” no sistema de saúde brasileiro.

Ressalte-se também que, até o momento, esse tema não vem sendo abordado nos cursos de graduação na área de saúde, sendo tratado quase que exclusivamente em alguns cursos de pós-graduação que desenvolvem pesquisas na área de Antropologia da Saúde ou de Sociologia da Saúde. Desse modo, a experiência desenvolvida no BI em Saúde em 2010, com o oferecimento desse componente à turma dos alunos que ingressaram em 2009 constitui um “caso único” que merece ser registrado e analisado, pela singularidade da proposta e qualidade dos resultados alcançados.

Este capítulo trata exatamente desse processo, descrevendo e comentando, em primeiro lugar, o programa de curso que foi elaborado e implementado

no primeiro semestre de 2010, quando ainda estava em discussão o projeto pedagógico do BI em Saúde. (TEIXEIRA; COELHO, 2013) Em segundo lugar, discorre sobre o desenvolvimento do curso, explicitando o conteúdo programático e as estratégias pedagógicas utilizadas, e analisa o desempenho dos alunos nas atividades propostas.

## O programa de “Racionalidades em Saúde”

A elaboração do programa do curso tomou como ponto de partida a revisão de literatura na área de Ciências Sociais em Saúde, recorrendo-se, entre outros, a textos e coletâneas organizadas por docentes e pesquisadores (ALVES; RABELO, 1998; BARROS, 2008; MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2005; UCHOA; VIDAL, 1994), o que permitiu que se localizasse o tema no âmbito de estudos de corte antropológico, sociológico e histórico, que estudam as concepções (saberes) que fundamentam os chamados “sistemas médicos” e as práticas de saúde em distintas sociedades.

Optou-se por tratar, inicialmente, de situar os estudantes com relação a esses estudos, de modo que fosse possível estabelecer certo contraponto com o desenvolvimento da “medicina científica” e da “saúde pública” nas sociedades ocidentais, suas crises e a emergência de movimentos ideológicos<sup>2</sup> de reforma que propõem mudanças parciais na estruturação dos seus saberes e práticas, como é o caso da Medicina Preventiva,<sup>3</sup>

2 Segundo Teixeira (2002, p. 93): “Um movimento ideológico resulta da mobilização de pessoas, grupos e instituições em torno de ideias com relação a um determinado tema e implica, geralmente, em uma mudança no conteúdo e na forma como esse é tratado em um determinado momento histórico.”

3 O Movimento da Medicina Preventiva representou uma: “[...] proposta de reforma parcial da prática médica através de mudanças no ensino médico, para que o profissional viesse a adquirir uma ‘atitude preventiva’ e incorporasse, à sua prática, condutas preventivas e não apenas condutas diagnósticas e terapêuticas. Em termos práticos, representou uma reação das corporações médicas, de natureza privada, frente à possibilidade de intervenção estatal na organização e funcionamento da assistência à saúde.” (TEIXEIRA, 2002, p. 93) Ver Arouca (2003).

Medicina Comunitária,<sup>4</sup> Medicina Familiar<sup>5</sup> e a “Nova Saúde Pública”.<sup>6</sup> Com isso, procurou-se analisar o contexto problemático em que vem se dando a formulação de políticas que adotam princípios e diretrizes oriundos desses movimentos, buscando alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico baseado na “racionalidade científica”. Ao mesmo tempo, tratou-se de compreender de que modo a própria crise desse modelo abre espaços à incorporação de outras “racionalidades médicas”, configurando o cenário de formulação da política governamental que referenda as “práticas complementares”.

Cabe ressaltar que a análise dos determinantes da crise e as características dos movimentos de reforma do setor, especialmente o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, faz parte do conteúdo do componente curricular “Campo da Saúde: saberes e práticas”. (TEIXEIRA; COELHO, 2013) Portanto, no componente HAC A50 “Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas”, definiu-se que o foco seria dado às concepções e práticas alternativas, em contraste às concepções e práticas hegemônicas (Medicina e Saúde Pública), entendendo-se, todavia, que em uma sociedade como a brasileira, a incorporação das práticas “alternativas” vem se dando, como aponta o próprio documento ministerial, de forma “complementar”.

Desse ponto de vista, foram definidos os objetivos pedagógicos do componente curricular (Quadro 1) os conteúdos programáticos correspondentes (Quadro 2) e a bibliografia básica e complementar a ser utilizada.

---

4 A proposta ideológica da Medicina Comunitária consistiu numa tentativa de superação da visão individualista presente no corpo doutrinário da Medicina Preventiva, pela incorporação do conceito de comunidade, considerada, simultaneamente, como objeto de conhecimento e âmbito de intervenção. Apesar de suas limitações, sua difusão estimulou a elaboração e implantação de programas de extensão de cobertura das ações e serviços de saúde a populações desassistidas, início do atual debate sobre a conformação de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive no Brasil. (TEIXEIRA, 2002, p. 94) Ver Donnangelo, [1976].

5 De acordo com Paim (2006), pode-se dizer que a Medicina Familiar: “Na sua origem, tratava-se de mais uma tentativa de recomposição da prática médica liberal voltada para indivíduos e núcleos familiares contra os altos custos e o ‘especialismo’ médico e uma busca de recuperação da humanização da medicina.” (PAIM, 2006, p. 125) No Brasil, essa proposta se expandiu em cursos de residência médica e posteriormente, algo dos seus princípios e diretrizes foi incorporado às políticas e programas oficiais, a exemplo do Programa de Saúde da Família, espaço de tensão entre as propostas provenientes da Atenção primária de Saúde (APS) que enfatizam o trabalho em equipes multiprofissionais, de base territorial com enfoque epidemiológico, e a Medicina Familiar, centrada na Clínica, simples ou “ampliada” como sugerem alguns dos seus neo-ideólogos, atuantes no cenário político da saúde.

6 As concepções e propostas identificadas como Nova Saúde Pública, organizadas a partir da crítica à Saúde Pública tradicional, são definidas em torno de quatro tarefas básicas: prevenção das doenças não infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde; melhoria da atenção médica e da reabilitação. (PAIM, 2006, p. 127)

Quadro 1 – Objetivos

1. Analisar as características da medicina do ponto de vista sócio-histórico e antropológico;
2. Descrever e analisar a emergência e desenvolvimento da “medicina científica”;
3. Identificar e analisar os movimentos de reforma médica e suas repercussões sobre as políticas e organização dos sistemas de serviços de saúde;
4. Identificar e comparar as “racionalidades médicas” presentes na medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica;
5. Identificar e discutir as semelhanças e diferenças entre sistemas terapêuticos biomédicos, tradicionais, alternativos, populares e folk;
6. Discutir a Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS e analisar as diretrizes referentes à incorporação da Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo – Crenoterapia e Medicina Antroposófica nos serviços públicos de saúde;
7. Analisar a emergência de práticas de saúde não convencionais e técnicas complementares em instituições não médicas.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Conteúdo programático

1. As características da medicina do ponto de vista sócio-histórico e antropológico;
2. O desenvolvimento histórico da medicina científica;
3. A emergência e desenvolvimento dos movimentos de reforma médica;
4. O conceito de racionalidades médicas e suas características;
5. O conceito de sistemas terapêuticos e suas características;
6. A Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS: princípios e diretrizes;
7. Práticas e técnicas complementares de saúde realizadas em espaços não médicos.

Fonte: Elaboração própria.

Pelo exposto, percebe-se que o programa parte da revisão dos estudos sobre racionalidades médicas, sistemas terapêuticos e práticas alternativas, realizados no campo da Saúde Coletiva, especificamente na área de Ciências Sociais em Saúde, na interface dos estudos sociológicos e antropológicos sobre saberes e práticas em saúde. Dessa forma, busca problematizar o “diálogo” interdisciplinar e multicultural que vem se estabelecendo nesse espaço, ao tempo em que discute os limites e possibilidades de “complementariedade”



entre sistemas médicos fundamentados em concepções distintas acerca do corpo, da saúde e da doença, e que desenvolvem estratégias específicas de legitimação, não só no espaço de prestação direta de ações e serviços à população, senão que no espaço político e ideológico mais amplo, através da organização de entidades voltadas à difusão das concepções e reprodução das práticas através da formação e capacitação de trabalhadores inseridos atual ou futuramente no sistema de saúde.

## **Desenvolvimento do curso e desempenho dos alunos**

O conteúdo programático do componente curricular foi trabalhado mediante o uso das seguintes estratégias pedagógicas: exposições seguidas de debate em plenária com a presença dos docentes da disciplina e docentes convidados; leitura e discussão de material bibliográfico selecionado; fichamento de textos e trabalhos de grupo. As aulas expositivas foram concentradas no início do curso e utilizadas para introduzir os conteúdos básicos do componente curricular aos alunos.

Além disso, foram definidos grupos de trabalho responsáveis pela realização de seminários sobre temas específicos escolhidos a partir do debate acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS, sugerindo-se que os estudantes fossem além da leitura de textos e documentos institucionais, buscando pesquisar as características de cada uma das práticas complementares e como está se dando sua difusão, incorporação e legitimação no sistema de saúde brasileiro. Após a apresentação dos Seminários, o resultado do trabalho em meio digital foi entregue aos docentes como parte do processo de avaliação formativa dos alunos.

De acordo com a proposta pedagógica adotada, os alunos desenvolveram, na primeira etapa do curso, um conjunto de leituras dirigidas de textos selecionados, produzindo resenhas e relatórios dos trabalhos feitos, individualmente ou em grupo. Os temas abordados nas leituras dirigidas incluíram uma dupla perspectiva. Primeiro, tratou-se de analisar a emergência e o desenvolvimento dos movimentos de reforma médica, com base nas seguintes referências: Foucault (1977), Almeida Filho (1997), Almeida Filho e Paim (2000), Teixeira (2002), Arouca (2003). Em seguida, trabalhou-se com a revisão do conceito de racionalidades médicas e de sistemas terapêuticos, a partir dos trabalhos de Luz (1988, 2000, 2001, 2005).

Na segunda etapa, foram organizados Seminários Temáticos a partir da apresentação e discussão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Os alunos foram então distribuídos em 11 grupos de trabalho de acordo com as diversas “práticas integrativas” contempladas na Política. Desse modo, os grupos foram constituídos em torno de temas específicos, tais como: Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica.

Os alunos foram orientados a desenvolver a pesquisa numa perspectiva interdisciplinar, com base em distintas fontes complementares: mídia (jornais, revistas, programas de televisão), publicações científicas (bases de dados bibliográficos: Scielo, Bireme, Google acadêmico etc.) e produtos artísticos (cinema, teatro, música e literatura), buscando sempre que possível articular os três grandes campos do conhecimento elaborado, utilizando conteúdos dos campos artístico, científico e humanístico.

A avaliação dos relatórios produzidos acerca das distintas temáticas levou em conta os seguintes critérios: a) Domínio do conteúdo; b) Reflexão crítica acerca do tema abordado; c) Enriquecimento do conteúdo através de atividade de pesquisa na mídia, em revistas científicas e produções artísticas.

Cada grupo, portanto, organizou um Seminário Temático específico e apresentou, ao final do curso, um relatório escrito elaborado a partir do trabalho realizado. Vale ressaltar que cada grupo foi orientado a desenvolver seu respectivo tema buscando contemplar, ao menos, uma revisão histórica e teórico-conceitual com explicitação dos fundamentos que orientam as distintas práticas integrativas, a análise da situação atual de cada uma delas no contexto do Brasil e da Bahia em particular, bem como suas principais indicações e contra-indicações em termos terapêuticos.

Os trabalhos que trataram do tema Plantas Medicinais e Fitoterapia apresentaram, de início, uma diferenciação conceitual, buscando distinguir as noções correlatas de fitoterápico, droga vegetal, planta medicinal e princípio ativo (BARRETO et al., 2010; GUIMARÃES et al., 2010; LIMA et al., 2010) Em seguida, analisaram os principais métodos utilizados no processo de extração e preparo das ervas, com destaque para as principais indicações em termos de enfermidades e possibilidades de tratamento com base em distintas perspectivas culturais, tais como: a cultura contemporânea (urbana e rural), a cultura indígena e a cultura das religiões de matriz africana. Foram observados,

ainda, os principais riscos da utilização indevida das plantas medicinais e dos fitoterápicos, bem como as principais precauções a se adotar em caso de acidente. Com esse propósito, foram expostas amostras de plantas medicinais em suas diversas formas de utilização, como chás, cremes e emplastros. Outro aspecto relevante, de iniciativa dos alunos, foi a introdução da temática da patente dos medicamentos e, conseqüentemente, da biopirataria, assuntos cada vez mais importantes em se considerando a variada biodiversidade brasileira e seu enorme potencial terapêutico. (GUIMARÃES et al., 2010) Em todos os trabalhos, foram utilizadas como referência as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em especial a resolução ANVISA nº 10, de 09 de março de 2010.

A Homeopatia, por sua vez, foi estudada a partir de uma perspectiva histórica e filosófica com foco nos princípios de explicação do fenômeno saúde-doença, analisando-se suas propostas de intervenção, bem como seus limites e possibilidades atuais. Procedeu-se uma ampla revisão acerca da sua regulamentação em diversos países e continentes, como a Índia na Ásia; Alemanha, Espanha, França, Reino Unido, Bélgica, Países Baixos, Portugal e Suíça na Europa; Estados Unidos, Canadá e México na América do Norte; Cuba na América Central, além de Chile e Brasil na América do Sul. No caso brasileiro, foram também analisadas as principais motivações que levam um indivíduo a buscar tratamento homeopático, as respectivas representações sociais acerca do tratamento, a visão dos gestores com relação à oferta de serviços de homeopatia na rede pública, além do relato de experiências efetivas de implantação dessas práticas integrativas no SUS. (SILVA et al., 2010) O estudo contemplou ainda as possibilidades de utilização das práticas homeopáticas pelas diversas profissões da área de saúde, a exemplo da medicina, odontologia e medicina veterinária. (BARBOSA et al., 2010)

Os seminários acerca da MTC/Acupuntura destacaram os princípios doutrinários fundamentais deste conjunto de práticas milenares originado na China. Em comum, essas práticas compartilham uma mesma base filosófica assentada tanto na teoria do *Yin-Yang*, que representa a divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos como opostos complementares, quanto na teoria dos cinco movimentos, que atribui uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água) a todas as coisas e fenômenos da natureza, inclusive ao corpo humano. Foram descritos os principais elementos considerados na avaliação do

paciente, como a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua, além de suas várias modalidades de tratamento: Terapia Alimentar Chinesa; Fitoterapia Chinesa; Práticas Físicas; Moxabustão; Ventosa terapia; Tui Na; Acupuntura. (FRAGA et al., 2010; SANTOS et al., 2010)

Os grupos que se debruçaram sobre a Medicina Antroposófica trataram, inicialmente, de apresentar sua origem e evolução numa perspectiva histórica, analisando seus conceitos fundamentais, de base vitalista, que remetem a uma concepção do homem como formado por quatro estruturas essenciais: o corpo físico, o corpo vital, o corpo anímico e a organização para o eu. A compreensão acerca do complexo saúde-doença interpreta os estados de não saúde, ou seja, de doença como resultado de alterações na relação entre os sistemas (sistemas neuro-sensorial, rítmico, metabólico e das extremidades) que compõem a estrutura funcional e anatômica dos indivíduos e, simultaneamente, como parte de mudanças biológicas, psicológicas e espirituais. (COELHO et al., 2010; SERRA et al., 2010) As principais experiências em curso no Brasil indicam que essa proposta de intervenção tem sido implantada de forma complementar a medicina clínica, possibilitando a construção de modelos de atenção organizados de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde, em diversos municípios do país, como: Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Campinas, Sorocaba, São Paulo e Grande São Paulo, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Rio de Janeiro, Nova Friburgo e Cuiabá. (COELHO et al., 2010)

Os Seminários de Termalismo e a Crenoterapia, assim como os demais, trataram de apresentar uma revisão histórica e teórico-conceitual do desenvolvimento dessas práticas no mundo e no Brasil. No plano histórico, buscou-se elucidar a origem e os princípios fundamentais dessas práticas, bem como descrever o processo de geogênese das águas termais. (FRANCO et al., 2010) A revisão foi acompanhada de uma discussão sobre os limites e possibilidades das distintas racionalidades (biomédicas e integrativas), na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. (BARBOZA et al., 2010) Na sequência, a partir da revisão de literatura, buscou-se complementar a apresentação com a análise da situação atual dessas práticas em outros países, como França, Portugal, Luxemburgo, Grécia, Espanha, República Checa, Lituânia, Hungria, Letônia, Sérvia e Alemanha, além de Estados Unidos, Japão e Islândia. No Brasil, a busca por experiências de utilização das práticas integrativas no âmbito do SUS levou um dos grupos a realizar uma visita

à estância hidromineral de Caldas do Jorro, no município de Tucano – BA, com coleta de amostra e realização de análise físico-química da água (FRANCO et al., 2010) Finalmente, foram descritos os principais aspectos legais, científicos e culturais relacionados à indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica.

Conforme orientação prévia, além de realizarem revisão documental com consulta à produção científica em livros, artigos em periódicos e banco de teses e dissertações, todos os grupos buscaram incorporar informações obtidas de outras fontes de produção de conhecimento, como jornais, revistas, filmes, vídeos disponíveis na internet, *blogs* etc. Merece destaque a excelente qualidade dos vídeos produzidos pelos grupos, o que pode estar relacionado com o próprio desenho curricular dos BI, que possibilita a construção de itinerários formativos que reúnem elementos das três culturas, incluindo componentes de cultura artística.

## Comentários finais

A análise dos resultados aferidos na avaliação do trabalho dos alunos indica que o componente HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas pode efetivamente contribuir para a construção de uma visão mais ampla acerca das distintas racionalidades que “atravessam” o campo da Saúde no Brasil.

Cumprir destacar que, nas versões preliminares do projeto pedagógico, elaboradas ao longo de 2009, propunha-se que esse componente integrasse o elenco dos componentes curriculares obrigatórios do eixo de formação específica em saúde. Entretanto, com os ajustes efetuados após a elaboração do Parecer Técnico da Câmara de Ensino de Graduação vinculada ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFBA (TEIXEIRA; COELHO, 2013), este componente passou a ser considerado optativo e, como tal, não chegou a ser oferecido em 2011.

A experiência desenvolvida no ano de 2010 revelou a pertinência da proposta e a importância de se continuar oferecendo regularmente esse componente curricular, ainda que como componente optativo, inclusive ampliando-se a oferta de modo a contemplar os demais cursos da área de saúde.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. 2. ed. Salvador: APCE: ABRASCO, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. *A crise da Saúde pública e a utopia da Saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 123 p.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde-doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Fiocruz, 1998. p. 107-121.
- AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: UNESP: FIOCRUZ, 2003. 268 p.
- BARBOSA, A. S. J. et al. *A homeopatia e a sua relação com o indivíduo*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- BARBOZA, A. S. et al. *Termalismo e crenoterapia*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- BARRETO, I. A. L. et al. *Plantas medicinais e fitoterapia*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- BARROS, N. F. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2008. 311 p.
- \_\_\_\_\_. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: FAPESP: Annablume, 2000. 300 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
- COELHO, A. F. et al. O que é a Medicina antroposófica. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- DONNAGELLO, M. C. F, *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- \_\_\_\_\_. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1966. 502 p.

FRAGA, D. M. G. et al. *Medicina tradicional chinesa e acupuntura*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.

FRANCO, B. A. et al. *Crenoterapia: uma antiga terapia para uma nova medicina*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.

GUIMARÃES, A. H. S. et al. *Plantas medicinais e fitoterapia no SUS*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. *Medicina paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989. 120 p.

LIMA, D. M. et al. *Sistemas médicos e práticas alternativas: plantas medicinais e fitoterápicas*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988. 151 p.

\_\_\_\_\_. Novas Práticas em Saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 33-46.

\_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2001.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

SANTOS, M. F. et al. *Medicina tradicional chinesa: acupuntura*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.

- SERRA, D. E. C. M. et al. *A Medicina antroposófica no Brasil*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- SILVA, B. M. et al. *A Homeopatia e o mundo*. Salvador, 2010. Relatório final apresentado no componente curricular HACA50 – Racionalidades em Saúde: Sistemas médicos e práticas alternativas. Não publicado.
- TEIXEIRA, C. F. S. Passado, presente e futuro da prevenção. *Revista APS*, Juiz de Fofa, v. 5, n. 2, p. 92-101, jul./dez., 2002.
- TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D. A Construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.
- \_\_\_\_\_. Processo de implantação do Projeto Pedagógico do BI em Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar. In: TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D. A. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.
- UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, dez. 1994.





# Saúde e cidade: refletir sobre a saúde pela ótica da cidade

Adriana Miranda Pimentel

## Introdução

“Saúde e Cidade” é um componente curricular que integra o Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI em Saúde), além de fazer parte também do conjunto de componentes da Área de Concentração em Estudos da Cidade. O curso tem como objetivo refletir sobre a relação entre saúde e cidades na contemporaneidade, focalizando os aspectos teórico-conceituais, os principais movimentos, políticas e programas que têm vigorado no cenário atual da saúde, e a compreensão sobre processos e situações de vida em contextos urbanos.

Este texto discute a relação entre saúde e cidade do ponto de vista de alguns autores que se debruçaram sobre esta temática, bem como apresenta uma proposta de desenvolvimento do componente no BI em Saúde, que privilegia o conhecimento da cidade de Salvador e a reflexão sobre as situações enfrentadas pelas pessoas que nela residem.

## A relação saúde e cidade

As transformações tecnológicas ocorridas entre os séculos XVIII e XIX, particularmente com a Revolução Industrial (1830), modificaram enormemente o panorama das cidades e o modo de vida de seus habitantes, se comparados ao perfil das cidades antes desse período. Essas mudanças ocorreram em diferentes níveis na vida das pessoas, que passaram a viver em aglomerados humanos, em espaços restritos, em condições insalubres tanto dos locais de

moradia, como de trabalho – este desenvolvido com carga excessiva por mulheres, homens e crianças, que resultaram em determinados problemas de saúde de proporções inimagináveis para o período. Rosen (1994) é um dos autores que afirma ser esse um período de crescimento do mercado, das fábricas e indústrias, e de demandas para um aumento da produção e riqueza das cidades, no qual surgiram novos problemas de saúde relacionados às péssimas condições de vida e de trabalho das populações.

Esse quadro trouxe consequências danosas à saúde, em particular para os trabalhadores. Esses passaram a pressionar o Estado para a tomada de decisão e busca de soluções visando o controle das enfermidades e melhoria das condições de vida das populações. De algum modo, essas demandas foram sendo atendidas, mas sem que isto interferisse no processo de crescimento e desenvolvimento econômico. Mesmo assim, deterioravam-se as condições de vida e saúde. Crescia o número de moradias, de forma desordenada e em locais insalubres, surgiam, assim, os subúrbios. Havia pouco interesse em se tomar medidas sanitárias.

Através da obra de Rosen (1994), é possível conhecer a trajetória da Saúde Pública e perceber que essa história tem particularidades em relação a determinado período histórico, tem contornos que foram dados a partir da própria história de constituição das cidades, das populações que ali viveram e dos interesses políticos e econômicos, delineando prioridades e construindo um modo de “resolver” os problemas dos coletivos humanos.

Para Foucault (2004), é nesse contexto que se pode falar no surgimento de uma Medicina Social, tomando como base as experiências da Alemanha, França e Inglaterra entre os séculos XVIII e XIX. Esse período marca uma transição na concepção de saúde agora como uma questão política e social. Assim, é possível perceber que a história da saúde pública foi sendo construída *pari passu* às mudanças sociais, políticas e econômicas das sociedades de cada período histórico e transformando o que atualmente concebemos como o campo da saúde.

Adorno (1999), retomando Foucault (2004), ressalta ainda que foi nesse contexto de “desordem”, e de grande preocupação em relação à produção e riqueza das cidades, que o Estado e as instituições começaram a intervir em favor da saúde de determinados grupos, como um “projeto de disciplinar o espaço e as pessoas.” (FOUCAULT, 2004, p. 19) Podemos pensar sobre as instituições de saúde que, muitas vezes, se ocuparam e se ocupam de segregar

grupos, demarcar necessidades, orientar condutas e controlar situações sem levar em conta as singularidades e contextos sócio-culturais das pessoas.

Um estudo de Nader e González (2000) constatou que a busca de soluções para resolver “o problema da gravidez na adolescência” em uma pequena cidade norte-americana foi motivada não propriamente por uma necessidade local dos jovens, mas a partir de interesses das agências nacionais ligadas à indústria de serviços de saúde americana. Os autores mostraram como mudanças na dinâmica da cidade, por conta da instalação de grandes empresas e negócios, alteraram a vida desses jovens e contribuíram para a eclosão de programas de assistência e educação em saúde, não contextualizados às necessidades dos jovens. Para os autores desse estudo, tais programas se dirigem aos problemas evidenciados nos estudos epidemiológicos de âmbito nacional e buscam atender aos padrões estabelecidos nacionalmente, e não localmente.

Em grande medida, nos tempos atuais, essas funções são motivadas para atender aos interesses de agências, nacionais e internacionais, a fim de “resolver” determinados “problemas” de um grupo ou população. Mattos (2001) ressalta a participação, particularmente, na década de 1990, das agências internacionais, “desenhadas pelo governo americano como parte de seu projeto político de hegemonia mundial”, na orientação das políticas de saúde no Brasil e salienta a oferta de ideias mais do que de financiamento feita pelas agências que, assim, guiam os rumos da saúde nos países em desenvolvimento, nem sempre de forma adequada às necessidades e aspirações locais.

Com isso, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), é ainda difícil falar de saúde a partir de outro lugar que não o da doença, o da biomedicina, dos dados de doença e de morte, e acrescentaríamos, dos diferentes interesses envolvidos nesses processos. Existe uma tendência na busca de novas perspectivas teórico-metodológicas para melhor compreender situações e problemas, e buscar soluções mais condizentes com o ambiente de vida das pessoas, além de um amplo movimento político-social em torno destas mudanças.

Na década de 1970, iniciou-se uma discussão na saúde sobre os espaços de vida das pessoas, particularmente sobre os contextos de vida das populações e a relação destes com processos de adoecimento. Porém, apenas em 1986, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, é que se tentou aprofundar um modo de pensar a saúde a partir dos determinantes sociais que condicionam os modos de vida das populações. (BRASIL, 2006)

Desde a Carta de Ottawa, outros documentos foram publicados, novas discussões em torno da Promoção da Saúde foram realizadas, mas há ainda muitos desafios pela frente, em particular no que se refere a mudanças de paradigma no campo da saúde, que permitam fazer e pensar saúde de um outro modo, saindo da esfera médica e da dicotomia doença-cura. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) Há também um importante movimento, que também surgiu na década de 1970, “Cidades Saudáveis”, que propõe uma ampla discussão com os setores governamentais e a sociedade civil no desafio de manter a vida e a qualidade de vida das pessoas nas cidades. (WESTPHAL, 2000)

Adorno (1999) afirma que a cidade e a vida urbana passam a ter lugar garantido nas reflexões sobre a saúde. Aponta, ainda, para a importância da perspectiva marxista no campo da saúde,<sup>1</sup> que contribuiu com reflexões acerca das determinações sociais a que estão sujeitas as populações, com repercussões sobre a saúde das mesmas. Ao pensar sobre a cidade, é possível desvelar diferenças estruturais e desigualdades na distribuição de recursos, que evidenciam a relação entre produção material, condições de vida e problemas de saúde. (PAIM, 1994, 1997)

Porém, Adorno defende uma leitura mais contemporânea sobre essa temática que revele também outros aspectos, tais como gênero, desigualdades, diferenças, dicotomia individual-coletivo, para a compreensão de uma sociedade global. Discute a expressão “qualidade de vida” e questiona: qualidade de vida ou qualidade das vidas? De que “vidas” estamos falando? Esses pontos de vista sobre qualidade de vida, tão citados em meios de comunicação e informação, têm levado em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas, bem como a desigualdade na distribuição de recursos, bens e serviços nas cidades brasileiras? De que forma os espaços estão organizados e distribuídos para os diferentes grupos? A disposição das coisas e espaços atende às necessidades e viabiliza a vida nas cidades?

Com base nessas questões é que o autor apresenta autores de outros campos de conhecimento que possam contribuir nesta discussão, na tentativa de refletir sobre a cidade para além de um instrumento de poder e controle, através de suas instituições e condicionantes, mas também como um espaço de possibilidades. Para ele, é na cidade que os grupos passam a buscar formas

---

1 É importante salientar a vasta produção na Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980, orientada por uma perspectiva histórico-estrutural, a exemplo do trabalho de Donnangelo (1976) e outros.

de resistência àquilo que ela “proporciona”, criando estratégias individuais, “construindo um território para a individualidade.” (ADORNO, 1999, p. 23)

A compreensão acerca da cidade e as transformações que a vida urbana impõe para os indivíduos são temas recorrentes nas Ciências Sociais, e deram origem às sub-disciplinas Sociologia e Antropologia Urbanas, mas também são frequentes em outras áreas do conhecimento como o urbanismo, a geografia humana e a saúde pública. Respeitando as especificidades próprias de cada uma, elas têm, em comum, a preocupação em compreender o espaço urbano pelo modo como os indivíduos constroem formas de vida possíveis.

Wirth (1976) refere que a cidade não pode ser pensada apenas por um número de pessoas distribuído em dado espaço geográfico. Ele define urbanismo como o contexto cultural em que surgem as cidades, o modo como as pessoas se organizam em relação aos recursos, instituições e ofertas disponíveis, e criam modos de vida a partir disto. Refere que a cidade não se reproduz por si só. Ela vai absorvendo pessoas de outras localidades, migrantes, formando um todo de raças, de povos e de culturas, sendo o mais favorável campo de criação de novos híbridos biológicos e culturais.

Tendemos a pensar que a cidade trata os indivíduos como “massas humanas”, com iguais demandas e necessidades de vida, porém estes mesmos indivíduos buscam modos de se particularizar e de se individualizar, o que é uma forma de sobrevivência neste lugar e de preservação da identidade. Para Certeau (2003, p. 173), a cidade combina gestão e eliminação. Ela tanto é um espaço de possibilidades, de construção, quanto de rejeição a tudo que não é “tratável” e constitui, portanto, os “detritos” de uma administração funcionalista (anormalidade, desvio, doença, morte etc.).

Richard Sennett (2003), a partir de uma perspectiva histórica, retrata a dinâmica dos corpos humanos no espaço urbano e assinala o modo como estes corpos se colocam, como se aproximam, se distanciam, interagem e como revelam a complexidade da vida nas cidades. Esses corpos “sustentam a resistência à dominação” (SENNETT, 2003, p. 24), uma resistência que é marcada pelo modo como os corpos se deslocam, se movem, como traduzem e manifestam as formas de dominação, em um tempo e espaço determinados.

Características como diferença, diversidade, densidade - pela mistura de pessoas -, complexidade, impessoalidade, grosso modo, definem os espaços urbanos. Para o autor, alguns aspectos fundamentais devem ser considerados na compreensão da urbanidade, que vão além da clássica definição da arquitetura

que contempla o ponto de vista físico e geográfico, mas não o dos habitantes das cidades. Os espaços urbanos podem ser compreendidos como: espaços e lugares de diversidade, em que a diferença deve ser privilegiada, onde existe uma concentração de pessoas e de diversidade; espaços que contemplam muitas possibilidades, a imprevisibilidade e a espontaneidade; lugar para a experiência corporal, de encontros com outros corpos, com um outro e com limites definidos para a interação com esse outro.

Um exemplo para essa discussão é um trabalho desenvolvido por Pais (1996) sobre o cotidiano de jovens na cidade de Lisboa. O autor transita por diferentes locais da cidade, selecionados por um critério de estratificação econômica, acompanhando o cotidiano de jovens, e percebe que existem códigos e modos de vida que vão sendo construídos de forma diferenciada, descontínua e relacional, e que não se adequam a explicações estruturalistas e/ou socioeconômicas. Esse estudo considera que o modo como os jovens constroem seus modos de viver a vida e dão significados a eles vão além dos estereótipos criados pela mídia, das concepções e teorias sobre juventude e dos números e dados estatísticos que os expõem como um “grupo” de risco, vulnerável e anônimo em suas individualidades.

Em relação à cidade de Salvador, esta foi e continua sendo “ocupada” de modo desordenado, à medida das necessidades com que as pessoas vão se deparando e do uso que vão fazendo do espaço. Esse modo de ocupar esses territórios, criando estratégias de sobrevivência, vai favorecer uma cisão da mesma, com a existência de territórios ocupados por diferentes grupos, com diferentes condições e estilos de vida (modos de vida), que vão interferir na produção/reprodução de desigualdades e, conseqüentemente, na produção e perpetuação de problemas de saúde.

A história de ocupação da cidade, sobre o uso que se faz dela, sobre os recursos disponíveis, sobre a relação dos diferentes territórios com a totalidade da cidade e, particularmente, com o modo como os diferentes grupos existem, coexistem na cidade, são fatores que repercutirão nas formas de adoecimento e vulnerabilidade dos seus habitantes. Esses aspectos precisam ser conhecidos e discutidos pelos estudantes e atores do campo da saúde e podem contribuir para uma leitura sobre saúde decisivamente mais ampliada.

## Sobrevoos sobre a cidade e um horizonte de possibilidades

O componente curricular “Saúde e Cidade” passou a ser ministrado no segundo semestre de 2010 por professores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Desde então, diferentes experiências têm sido desenvolvidas com base na orientação teórico-metodológica de cada professor envolvido. Este texto apresenta uma proposta de trabalho que vem sendo construída dentro do componente, por uma das docentes responsável, e que tem como objetivo refletir sobre a saúde através do reconhecimento da cidade, especificamente sobre os contextos locais em que vivem os estudantes dos Bacharelados Interdisciplinares.

No início do curso, os estudantes conhecem um pouco da história da saúde pública e sua relação com as cidades em diferentes períodos da história da civilização ocidental. Em seguida, passam a discutir conceitos e estratégias importantes que têm norteado a reorientação de modelos de atenção em saúde, tais como promoção da saúde, qualidade de vida, cidades/municípios saudáveis, entre outros. Recebem convidados importantes que tratam de temas, tais como Saúde e Meio Ambiente, Desenvolvimento Sustentável, Violência e Cidades, Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) de Salvador, Plano Municipal de Saúde da cidade etc. Esse é o panorama do curso do ponto de vista do que deve ser tratado e que, também, orienta os estudantes na elaboração de um trabalho a ser realizado ao longo do semestre. É sobre esse trabalho que iremos tratar a partir de agora.

Na primeira aula, os estudantes são incentivados a escrever sobre o lugar onde moram. Eles apresentam o bairro e/ou localidade, algumas características, festas e singularidades que particularizam o lugar, problemas ou situações desagradáveis, enfim, o que desejam contar sobre este espaço. Com base nesses registros, são formados grupos de estudantes que irão trabalhar sobre um bairro, localidade e/ou região administrativa, de preferência onde moram os integrantes. A partir dessa formação, os estudantes passam a pesquisar dados e informações sobre a região ou bairro em diferentes fontes de documentação, tais como bibliotecas públicas, bases de dados informatizadas, jornais locais, entrevistas com velhos moradores, lideranças locais, entre outras possibilidades.

A primeira etapa implica na pesquisa sobre a história de ocupação do bairro. Essa é uma etapa interessante, em que os estudantes se deparam com uma história desconhecida para muitos deles, sobre passagens da história da



cidade que se deram no bairro, os monumentos e símbolos que marcam uma época e vão, pouco a pouco, construindo o trabalho e um novo lugar para eles. Nos encontros dos grupos em sala de aula, os estudantes compartilham suas descobertas. Eles se entusiasma com os registros e informações sobre algo que sempre viram, mas não sabiam a razão de existência. Passam, com isso, a refletir sobre um patrimônio local que já foi extremamente importante para a cidade em tempos passados, como o trem do subúrbio, por exemplo, e as discussões atuais sobre mobilidade urbana, a construção do metrô da cidade e as dificuldades com o transporte urbano em Salvador.

Dessa etapa, partem para a pesquisa sobre o bairro e/ou região nos dias atuais. Buscam dados e informações sócio-demográficas (população, renda, escolaridade), informações sobre a infraestrutura (saneamento básico, transporte, equipamentos públicos e rede de serviços locais), dados e informações sobre a situação de saúde local, aspectos culturais (festas, religião, manifestações culturais) e formas de organização da população do bairro. Também orientamos os estudantes para que circulem pelo bairro, olhem para ele como se não fossem do lugar, conversem com as pessoas na rua, visitem as associações culturais, de moradores, andem pela feira, fotografem coisas que julgarem interessantes, vivenciem o lugar de uma outra maneira. Esse é um momento interessante, que desarma os estudantes da ideia de uma tarefa acadêmica, e aproxima, de fato, o grupo da proposta e do lugar que estão conhecendo.

Queixam-se da dificuldade para acessar informações, da falta ou precariedade das informações disponibilizadas e vão percebendo, com o tempo, que isto faz parte do processo de compreensão sobre um lugar e também das dificuldades de apropriação sobre ele. Essa não é uma tarefa fácil, envolve todos os estudantes do grupo em atividades distintas e necessárias para a elaboração do trabalho. Cada etapa é acompanhada semanalmente ou quinzenalmente pelo professor, é discutida em grupos de trabalho na sala de aula e avaliada no processo de construção.

Com base nesse diagnóstico inicial, dentro das possibilidades de cada grupo, partimos então para a identificação de uma situação ou problema no bairro que o grupo deseja se debruçar mais atentamente. Essa escolha deve acontecer em função de algo que chamou a atenção do grupo, com base na interação que desenvolveu com o lugar e com os espaços e pessoas que conheceu. Assim, os estudantes passam a se interessar: pela mobilidade dos cegos nos Barris; o uso que as pessoas em situação de rua fazem dos espaços

públicos no bairro de Roma; o lixo nas ruas de Nazaré; o transporte público em Cajazeiras; o lixo nas praias de Piatã; a violência que atinge os jovens de Brotas; os efeitos do turismo e a questão ambiental em Stella Maris; a ocupação irregular de uma área e a relação com os moradores do Imbuí; o uso da água em Simões Filho; entre outras situações.

A partir da identificação de uma situação, os estudantes deverão descrevê-la, tal como ocorre no bairro, com base em entrevistas com moradores, dados e informações que mostrem a situação como um problema que afeta as pessoas do lugar. Com base nessa descrição, partem então para a elaboração de uma proposta ou projeto de intervenção para a situação identificada. A ideia é que estudantes conheçam uma realidade, avaliem uma situação e passem a compreender que este é um caminho possível para a elaboração de projeto ou proposta de ação para um lugar ou realidade.

Dessa forma, muitos trabalhos e propostas têm sido desenvolvidos e merecem destaque. Os integrantes do trabalho sobre o bairro de Roma, por exemplo, visitaram entidades que atendem as pessoas em situação de rua no bairro e conversaram com técnicos e usuários destes espaços para entender melhor os motivos que levam as pessoas a permanecerem na rua, mesmo com tantas entidades e serviços locais. Desse modo, se dão conta da importância de conhecer melhor essa população e saber o que pensam sobre morar na rua, as entidades que os assistem e direitos sociais. O projeto, então, passa a ser a criação de oficinas para discussão de temas de interesse das pessoas, levantamento de uma rede de serviços locais e criação de espaços de socialização vinculados às entidades já existentes. (SIRQUEIRA; BORGES; QUEIROZ., 2011)

O trabalho de Rios e colaboradores (2011) desenvolve uma discussão sobre o lixo nas ruas do bairro de Nazaré. O trabalho compila informações das aulas, textos, filmes e da pesquisa realizada sobre o bairro para subsidiar uma descrição fundamentada sobre o lixo em bairros centrais das grandes cidades, particularmente Nazaré. Com base nisso, propõem um projeto de intervenção que integra alunos de escolas públicas do bairro, organizações sociais e comerciais e estudantes universitários voltados para a discussão em torno do lixo, que vincula educação, promoção da saúde, trabalho e mobilização social. Os alunos apresentam objetivos da proposta, metodologia, etapas de desenvolvimento, cronograma de execução, orçamento, resultados esperados e formas de avaliação e monitoramento do projeto.

Outro trabalho realizado, agora sobre o transporte público na região de Cajazeiras, também apresenta projeto interessante quando faz uso das recomendações do PDDU de Salvador para formular propostas de ação que possam melhorar a vida dos moradores locais. (SALVADOR, 2008) O projeto intitulado “Trans-Ação” (REIS; CONCEIÇÃO; DANTAS, 2011) propõe a criação de espaços de discussão e desenvolvimento de estratégias sobre a questão do transporte público nos bairros, envolvendo lideranças e associações de moradores. Uma das propostas discutida foi o “Projeto Carona Solidária”, adequado às condições e particularidades da região de Cajazeiras.

Os trabalhos apresentados são apenas alguns exemplos para ilustrar o que tem sido realizado pelos estudantes neste curto período de tempo. Durante o curso, aparecem dúvidas em relação à proposta, os estudantes não compreendem a relação entre saúde e o trabalho que desenvolvem sobre os bairros. Percebe-se que há ainda um longo percurso pela frente.

Desde o início do curso, na primeira aula, um exercício demonstrou que há uma compreensão de saúde para além da ausência de doença:

*a saúde não é vista como simples ausência de doença e sim dentro de uma perspectiva ampla, onde é o resultado da interação entre aspectos sociais, econômicos, culturais e biológicos.*

*A cidade também não é vista como uma massa de concreto uniforme, onde habitam seres humanos idênticos. É tratada dentro de suas inúmeras realidades e diferenças. (Estudante Saúde e Cidade, 2011.1)*

Porém, a questão que se coloca é: diante de tantas evidências, ao longo da nossa própria história como sociedade, das reflexões produzidas ao longo do tempo e das situações de vida que nos defrontamos cotidianamente, por que ainda colocamos tantos impedimentos para lidar com a saúde, de fato, de forma ampliada?

## Referências

ADORNO, R. C. F. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as qualidades de vida. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 17-30, jan./fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. v. 1.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1976.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2004.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 2000.
- NADER, L.; GONZÁLEZ, R. J. The framing of teenage health care: organizations, culture, and control. *Cult. Med. Psychiatry*, n. 24, p. 231-58, 2000.
- PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Culturas juvenis*. Portugal: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1996.
- \_\_\_\_\_. Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais de saúde. In: SILVA, L. M. V. *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: CED, 1994.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.
- REIS, T. A.; CONCEIÇÃO, L. S.; DANTAS, M. *Cajazeiras: Projeto Trans-Ação*. Salvador: [S.n.], 2011. Trabalho de conclusão do componente Saúde e Cidade.
- RIOS, D. R. S. et al. *Nazaré: singularidades e possíveis intervenções*. Salvador: [S.l.], 2011. Trabalho de conclusão do componente Saúde e Cidade.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC: UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Gabinete do Prefeito. Lei 7.400, de 20 de fevereiro de 2008. Dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município do Salvador – PDDU 2007 e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentourbano.salvador.ba.gov.br/images/PDF/PDDU/lei7400-08.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2011.
- SENNETT, R. *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. 3. ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Record, 2003.
- SIRQUEIRA, E. N.; BORGES, J. S.; QUEIROZ, M. R. *Trabalho sobre o bairro de Roma*. Salvador: [S. n.], 2011. Trabalho de conclusão do componente Saúde e Cidade.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WIRTH, L. O urbanismo como modo de vida. In: VELHO, O. (Org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 97-122.

# A introdução do tema “Saúde da População Negra” no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no IHAC/UFBA

---

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo  
Carmen Fontes Teixeira

## Introdução

Nas duas últimas décadas, no Brasil, um conjunto de políticas públicas, inclusive na área de educação e saúde, vem sendo implementado com vistas à reparação e promoção da melhoria das condições de vida da população negra. Exemplo são as cotas para afrodescendentes nas universidades públicas e a Lei 10639/03 que tornou obrigatório o ensino da História da África e dos afrodescendentes. (JACCOUD, 2008) Mais recentemente, a instituição da Política Nacional de Saúde da População Negra formalizou em suas diretrizes a produção de conhecimento científico e tecnológico nesta área, bem como a inclusão desse tema nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2010)

A implementação dessas políticas, combinada com a reforma da “arquitetura acadêmica” que vem acontecendo na UFBA através do processo de implantação dos Bacharelados Interdisciplinares (TEIXEIRA; COELHO, 2013; UFBA, 2008a, 2010), abriu a possibilidade de elaboração e oferta do componente curricular optativo “Saúde da População Negra” aos alunos dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, especificamente os do BI em Saúde, no ano de 2011.

Numa perspectiva interdisciplinar de construção do conhecimento sobre a problemática nacional e local da população negra, a oferta desse componente busca aliar sensibilização dos estudantes à apropriação crítica de conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde com recorte étnico-racial.

Contribuí assim para a formação de profissionais, trabalhadores e futuros pesquisadores no campo da saúde, comprometidos com a formulação, implementação, avaliação e aperfeiçoamento das políticas, programas e práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde da população negra (SPN), no intuito de facilitar o acesso, permanência e empoderamento das populações historicamente marginalizadas.

O objetivo deste capítulo é relatar essa recente experiência da introdução do componente curricular optativo “Saúde da População Negra” no elenco de componentes curriculares do BI em Saúde, com vistas a compartilhar inovações na área de ensino acerca de um processo em curso, no contexto de mudanças da Universidade pública brasileira, especificamente na UFBA.

## **A emergência do tema no campo da saúde**

A emergência dos estudos sobre a saúde da população negra no Brasil está inserida no contexto mais amplo de mobilização do Movimento Social Negro que influenciou a formação de núcleos de estudos e pesquisas no interior das Universidades sobre o tema das desigualdades sociais e raciais. (DOMINGUES, 2007) De fato, com a construção de políticas públicas de combate à desigualdade e à discriminação racial, a partir da década de 1990 (FRY, 2005), houve uma ampliação dos estudos que relacionavam raça, racismo e saúde na análise da situação de saúde e adoecimento da população brasileira.

No início deste século, amplia-se a realização de estudos que, além do uso da variável raça/cor, presente nas pesquisas epidemiológicas, passam a considerar o racismo como elemento que torna a população negra mais vulnerável durante sua trajetória de vida. Esse processo de mobilização política, acadêmica e científica, em torno das questões raça, racismo e saúde, vem constituindo no Brasil uma área temática de estudos denominada Saúde da População Negra.

Os temas raça e racismo surgem no Brasil, no início do século passado, através de uma doutrina científica, a eugenia, influenciando tanto a saúde pública quanto os estudos na área de psiquiatria, e logo ganharam legitimidade na cena política brasileira. Esses estudos defendiam a melhoria do gênero humano como parte das aspirações naturais do homem, considerando

a mistura de raças e a mistura entre indivíduos portadores de boas qualidades genéticas com aqueles já ‘degenerados’ (principalmente portadores de deficiência física ou mental, tendências comportamentais desviantes, personalidades criminosas, prostitutas, alcoólatras), como elementos básicos de degradação humana. (MASIERO, 2005, p. 200)

Nessa linha, destacam-se os estudos da medicina legal na Escola de Medicina da Bahia e os estudos de criminalidade da Escola de Direito de Recife, que ganharam espaço tanto em São Paulo quanto no Rio de Janeiro. (GUIMARÃES, 2002)

Ainda nessa temática, os estudos do sociólogo Gilberto Freire sobre a “miscigenação harmônica” brasileira formaram uma geração de estudiosos em torno do mito da *democracia racial*, o qual se estruturou em torno da ideia de que o preconceito racial no Brasil nunca fora forte o suficiente para criar uma “linha de cor”, como nos Estados Unidos, cujas relações raciais eram explicitamente bipolares. (GUIMARÃES, 2002)

Nesse sentido, tanto as teorias eugênicas, quanto as teorias da democracia racial foram rejeitadas pelo Movimento Social Negro, que se articulava em torno das denúncias das desigualdades sociais, do preconceito e da discriminação racial, influenciando a formação de vários núcleos de estudos sobre a questão racial pelas Universidades no país, tendo como principal referência os estudos de outro sociólogo brasileiro, Florestan Fernandes. (TELLES, 2003)

Além dessas questões, a explosão da luta pelos direitos civis nos Estados Unidos e a luta de libertação dos povos da África meridional, Moçambique, Angola, Rodésia, África do Sul também foram apropriadas como objeto de estudo por alguns desses núcleos universitários, a exemplo do Centro da Cultura e Arte Negra (CECAN), o grupo de Estudos Afro-asiáticos, na Universidade Cândido Mendes, a Sociedade de Intercâmbio Brasil-África (SINBA), Rio de Janeiro, o Instituto de Pesquisa das Culturas Negras (IPCN), dentre outros. (GUIMARÃES, 2001)

Com as conquistas alcançadas no texto da Constituição Federal em 1988, a exemplo da criminalização do racismo e o reconhecimento da necessidade de valorização étnico-cultural (BRASIL, 1988), esse conjunto de atores articulados em torno da problemática racial no Brasil conquistaram mais espaços na discussão, subsidiando a elaboração de proposição de políticas públicas voltadas ao enfrentamento desta realidade.



Um marco desse processo ocorreu, em 1995, quando o Movimento Social Negro, através da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Igualdade e pela Vida provocou um reposicionamento do Estado brasileiro sobre as relações raciais, que passa a reconhecer e assumir a existência do racismo no Brasil.

A partir de então, o governo federal cria o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), que organiza um subgrupo dedicado à saúde com a função de elaborar e desenvolver programas voltados à população negra. Em 1996, o subgrupo de saúde organizou uma Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, que passou a reconhecer doenças que afetam a população negra, o que demandou uma maior produção científica com o uso da variável raça para compreender as doenças e agravos que mais atingiam a população negra brasileira. (FRY, 2005)

A continuidade desse processo através de decreto e leis nacionais em torno de ações de combate ao racismo e discriminação aos negros no Brasil: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases); Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997 (Crimes de preconceito e raça); Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004 (Sobre Tratados e Convenções Internacionais assinados pelo Brasil); Lei nº 10.639, de 9 de janeiro 2003 (História e Cultura Afro-Brasileiras), visando propiciar a inclusão social de grupos historicamente discriminados no acesso a bens materiais e simbólicos, como determinados postos de trabalho, bem como no acesso à educação superior, à construção da sua identidade e à uma saúde de qualidade. (HERINGER, 2001; RABELO, 2008)

Mas é no início deste século, durante o processo de preparação da III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul, que se intensificam os estudos relacionando o racismo à saúde, ao considerar o racismo enquanto um fator gerador de doenças e ou agravamento de situações patogênicas pre-existentes, bem como fator que incide sobre a taxa de mortalidade. (LOPES, 2003, 2005a, 2005b)

Vale destacar que todas essas mobilizações políticas de entidades do movimento social foram acompanhadas pelos acadêmicos negros nas instituições de ensino superior (IES) espalhadas por todo o país. Assim, Saúde da População Negra passa a ser entendida também como uma área de estudo inter e transdisciplinar, baseada em conhecimentos produzidos nas ciências humanas e nas “ciências médicas”, que parte da constatação de que o racismo

e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte. (PNUD; OPAS, 2001)

Apesar de todos esses esforços, só em 2009 a Política Nacional Integral de Saúde da População Negra (BRASIL, 2010) foi formalizada, embasando legalmente as iniciativas desencadeadas no âmbito das instituições gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de análises da situação de saúde deste segmento populacional, bem como a implementação de ações e serviços voltados especificamente para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades dessa população.

Em Salvador, uma cidade com 83% da população composta de afro-descendentes (BRASIL; IBGE, 2010b; IBGE, 2010), a Secretaria Municipal de Saúde foi pioneira na elaboração de um Diagnóstico de Saúde da População Negra. (SALVADOR, 2006a) O conteúdo central desse documento inclui uma análise da situação socioeconômica da população negra, a caracterização do seu acesso aos serviços de saneamento básico e de saúde e a descrição do perfil de morbi-mortalidade, buscando, através do geoprocessamento das informações por Distritos Sanitários, caracterizar a distribuição territorial dos agravos, o que dá uma ideia aproximada da distribuição dos problemas de saúde em função das condições socioeconômicas da população.

Os principais problemas de saúde apontados no Diagnóstico foram: a) o elevado coeficiente de mortalidade infantil; o alto índice de mortalidade materna; b) a prevalência de doenças transmissíveis; c) a elevada incidência de DSR/HIV/AIDS; d) o alto índice de mortalidade por causas externas, notadamente homicídios; e) a situação da anemia falciforme em Salvador; f) o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; g) o elevado número de óbitos por neoplasias; h) a situação da saúde bucal; i) a (in) segurança alimentar e nutricional.

Além desses problemas, reconhecidos tradicionalmente como problemas que demandam ações do sistema de saúde, o documento enfatiza a problemática do racismo institucional, indicando a existência de atitudes racistas e práticas discriminatórias que muitas vezes não são reconhecidas como tais, mas que, a um olhar mais atento e crítico, revelam a carga de preconceito e intolerância para com os profissionais e usuários negros.

Com base nisso, a problemática da Saúde da População Negra do município foi incluída na agenda política da gestão municipal em 2006 e, consequentemente, no Plano Municipal de Saúde. (SALVADOR, 2006b) Das propostas

formuladas, três se referem a problemas de saúde que afetam grupos específicos da população, quais sejam a Anemia Falciforme, a Violência e a Mortalidade infantil e Materna. As demais se referem a vários aspectos da organização e gestão do sistema municipal de saúde, especificamente a problemática dos “recursos humanos”.

Cabe ressaltar o reconhecimento do racismo como um problema a ser melhor conhecido e enfrentado no âmbito das relações entre os trabalhadores de saúde e destes com a população usuária. Além disso, o preconceito e o racismo aparecem vinculados às crenças e práticas religiosas de matriz africana, tema que permanecia oculto sob a camada de repressão cultural, em que pese a resistência historicamente desenvolvida por muitas lideranças negras vinculadas aos Terreiros de Candomblé. Contrapondo-se ao preconceito, foi incluída essa temática no item do Plano relativo às Religiões de Matriz Africana, o qual assume uma posição de defesa da “arte de curar e de cuidar” de matriz africana. (ARAÚJO, 2011)

Nesse contexto, tornou-se pertinente e necessário o desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde do SUS municipal, de modo a se apropriarem dos conhecimentos acumulados nesta área. Algumas iniciativas foram desencadeadas pela própria Secretaria Municipal, em parceria com a UFBA, notadamente o Instituto de Saúde Coletiva, responsável pela realização de um curso de atualização que abordou a temática “Raça e Gênero na atenção à Saúde”. (UFBA, 2008b)

A incorporação desse tema no ensino de graduação, por sua vez, encontrou terreno fértil, como apontado anteriormente, na reforma da “arquitetura acadêmica” que vem acontecendo na UFBA, através do processo de implantação dos Bacharelados Interdisciplinares, o que configurou uma “janela de oportunidade” (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995) para a elaboração e oferta do componente curricular “Saúde da População Negra” aos alunos dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar, especificamente os do BI em Saúde, em caráter optativo.

## Ensino-aprendizagem de saúde da população negra no BI em Saúde: atravessando áreas de conhecimento

Ao longo de todo esse tempo, a análise dos temas raça e racismo esteve basicamente ancorada nas Ciências Sociais e nas chamadas “Ciências Naturais”. A sociologia, a antropologia e a biologia trataram de buscar explicações para essa realidade, algumas vezes de maneira isolada, outras de maneira multidisciplinar. O fato é que todo esse debate tem sido bastante escasso na área da saúde, passando distante da formação dos profissionais e trabalhadores de saúde no interior das Universidades. Quando não naturalizada, as diferenças raciais são sumariamente negadas, tratando as populações como um grande corpo social homogêneo. (NOGUEIRA, 2004)

Nesse sentido, abordar os temas raça e racismo no campo da saúde, após quase um século de estudos e debates, exigiu esforços em buscar um entendimento do que vem sendo as principais linhas teóricas que embasam o assunto, bem como os principais posicionamentos no campo científico. Superar o senso comum era o primeiro desafio para afirmar a necessidade de estudos sobre a saúde da população negra no Brasil.

Para isso, a proposta inicial do programa do curso contemplou a inclusão de uma série de questões que, de maneira articulada, conduzissem a uma abordagem interdisciplinar sobre o tema, integrando diversas áreas de conhecimento. Mais do que apresentar uma política de saúde específica focada em doenças que acometem determinados grupos populacionais, o componente tratou de expor a problemática, chamando a atenção para que uma parte central da história da construção do nosso país foi ocultada, limitando a nossa capacidade em analisar e propor mudanças sociais reais, sobretudo no âmbito da saúde.

De uma maneira geral, a questão racial na perspectiva hegemônica dos modelos explicativos da saúde-doença apenas aparece como elementos para justificar padrões diferenciais ocasionados pela genética, reafirmando os conceitos biológicos de raça. Isso estava expresso nas primeiras intervenções dos discentes em sala de aula, que não sabiam ao certo a função da caracterização da raça na análise de saúde, se não fosse nesse sentido.

As primeiras aulas trataram de discutir em profundidade os conceitos de raça e racismo e as suas diversas abordagens no campo científico. Compreendendo o peso da *democracia racial* na percepção da população brasileira sobre

o tema, que se traduz em negação da discriminação de cor, transferindo a problemática para discriminação sócio-econômica, foi necessário um diálogo aberto e paciente para trabalhá-lo. Sendo assim, esses temas foram apresentados com vídeos de reportagens televisivas, filmes e artigos científicos previamente orientados para embasar as discussões em sala de aula.

Em que pesem as diversas concepções, a abordagem condutora desse componente tomou “raça” enquanto uma categoria sociopolítica e o racismo enquanto elemento de diferenciação de “raça-cor” no Brasil, que se expressa através do preconceito e discriminação racial. (MUNANGA, 2004) Assim, foi possível analisar o quanto essa realidade impõe à população negra desvantagens em acesso aos bens simbólicos e materiais na sociedade, favorecendo a sensibilização dos discentes com a questão racial, convergindo com o que o projeto político pedagógico do BI em Saúde chama de competências valorativas e éticas: “Responsabilidade social e compromisso cidadão; Valorização e respeito pela diversidade cultural; Consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea; [...] Compromisso ético-político no campo da saúde.” (UFBA, 2010)

Nesse sentido, resgatou-se a reflexão que é desenvolvida nos componentes curriculares obrigatórios do BI em Saúde acerca da problemática das desigualdades sociais em saúde (BARATA, 2009), especificamente o conceito de “determinantes sociais da saúde e da doença” (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991 apud BATISTELLA, 2007, p. 69), discutido em “Introdução ao campo da saúde”, tomando-o enquanto um modelo explicativo que pode ser utilizado para a compreensão da influência das relações raciais no Brasil como determinante da situação de saúde da população negra.

Esses referenciais deram sustentação às informações oriundas de Documentos Institucionais, dados de Sistemas de Informação em Saúde, estudos epidemiológicos, estudos populacionais, publicações e estatísticas, acerca das condições de educação, moradia, transporte e acesso a serviços públicos, além da mídia impressa, tornando-os compreensíveis e favorecendo a realização de uma análise mais fundamentada sobre o tema pelos alunos. Com isso, os estudantes exercitaram o desenvolvimento de habilidades para processar e analisar informações procedentes de fontes diversas, identificando como esses veículos sistematizam e expõem essa problemática, evidenciando as distorções e vieses na apresentação das informações, que vêm sendo denunciados pelas organizações do Movimento Negro.

Ainda no âmbito das concepções norteadoras do tema e assumindo uma abordagem integral da saúde, foi necessário ir além da relação raça e saúde, ou seja, ir além da apresentação de dados e relacioná-los com a população negra. Para desenvolver a problemática de forma ampla, foi necessário incluir a abordagem de sub-temas como gênero, sexualidade, violência, religião e até mesmo a revisão de informações sobre a situação epidemiológica e os determinantes sociais de algumas patologias e agravos que são prevalentes entre a população negra na cidade de Salvador, como a doença falciforme, as DST-AIDS e a mortalidade materna. (SALVADOR, 2006a) Esses temas foram desenvolvidos cada um em uma aula específica, que contava com convidados, profissionais de saúde, lideranças do movimento social, gestores de saúde e pesquisadores, cada um especialista em um determinado tema.

Em síntese, o programa do componente curricular foi organizado levando em conta a revisão conceitual e a discussão dos resultados de estudos empíricos, contemplando os momentos da formulação de uma Política, quais sejam a análise da situação de saúde da população negra e as propostas políticas incorporadas na prática institucional. No primeiro momento, adotamos como referencial teórico para as discussões o conceito de raça enquanto uma categoria sociopolítica, o racismo enquanto elemento estruturado no processo histórico de construção da sociedade brasileira e a concepção de saúde a partir da explicação dos determinantes sociais da saúde e da doença. No segundo momento, tomamos a cidade de Salvador como estudo de caso e discutimos as informações contidas no Diagnóstico de Saúde da População Negra acerca dos principais problemas de saúde e agravos que atingem a população negra de Salvador. Em um terceiro momento, as principais doenças e agravos abordadas foram analisadas e discutidas uma a uma, sob a perspectiva dos referenciais abordados previamente. Por fim, no quarto momento, enfatizou-se a discussão sobre os Movimentos Sociais Negros e sua intervenção no campo da saúde, bem como as Políticas de Equidade Racial em Saúde.

Dessa forma, foi possível materializar no programa uma proposta que concebeu a área temática SPN não apenas como uma área de estudos e pesquisas, mas uma área de intervenção, objeto de demandas e proposições políticas elaboradas no âmbito dos movimentos sociais, algumas das quais vêm sendo incorporadas pelo Estado, especificamente na agenda política do Sistema Único de Saúde ao nível nacional e municipal, bem como pela Universidade,

através do desenvolvimento de cursos específicos e da introdução do tema em cursos de formação geral, a exemplo do BI em Saúde.

## Oficinas de trabalho: construção de um caminho

A estratégia pedagógica desenvolvida durante o curso tomou Salvador como objeto central de estudos, não por uma conveniência geográfica, mas por ser a cidade com o maior número de negros fora da África e dispor de estudos e propostas com relação à saúde desta população, como apontado anteriormente. Cabe ressaltar que, apesar da população soteropolitana ser majoritariamente afrodescendente, isto não se traduz em condições de vida mais saudáveis para este segmento, reproduzindo-se, no município, o padrão socioeconômico brasileiro em geral, no qual os negros compõem a maioria da população pobre. (PNUD, 2004)

Buscando concretizar a abordagem interdisciplinar que embasa o projeto pedagógico do curso, era preciso pensar em como introduzir uma metodologia que compromettesse os alunos no processo de aprendizagem com a temática em questão. Optou-se por trabalhar com a análise da mídia impressa local como forma de buscar nos fatos e eventos cotidianos da vida local uma possibilidade de diálogo com todos os conteúdos teóricos que vinham sendo abordados. Pesquisas com metodologias dessa natureza vêm se desenvolvendo no meio acadêmico, inclusive na UFBA, como na Faculdade de Comunicação, através do grupo Etnomídia,<sup>1</sup> e também no Centro de Estudos Afro-Orientais (CEAO), cujo objetivo é analisar a representação social da população negra através da mídia.

Nesse sentido foi proposta uma pesquisa de oito semanas utilizando um jornal de grande circulação no Estado e em toda região Nordeste, como fonte de pesquisa, onde foram monitorados cinco grandes temas, sendo dividido um para cada grupo: 1) Violência na periferia, 2) Violência contra a mulher, 3) Organização e acesso aos Serviços Públicos de Saúde, 4) DST/AIDS, 5) Religiões de Matriz Africana.

---

1 Criado em 1997 na Faculdade de Comunicação da UFBA, Etnomídia é um grupo formado por pesquisadores, graduandos, pós graduandos e profissionais de mídia, cujo objetivo é a pesquisa e o estudo da construção do discurso racial/étnico nas mídias, incentivando a reflexão, a pesquisa e a ampliação do debate acerca do impacto do discurso midiático sobre os grupos étnicos historicamente discriminados (afros descendentes negros, indígenas, judeus, asiáticos, ciganos, etc.) no Brasil.

Foram programadas e realizadas quatro oficinas para construção do produto final do curso, qual seja um pôster contendo uma análise da situação de saúde da população do município, a partir da mídia, fazendo um recorte étnico-racial sobre os temas. Sendo assim, as oficinas cumpriram algumas etapas: na primeira foram compartilhadas as reportagens selecionadas sobre cada tema. Após quatro semanas de monitoramento das notícias dos jornais, que ocorria em paralelo às discussões, foi possível ao grupo compartilhar tudo o que havia encontrado referente ao tema. Na segunda oficina, diante da amplitude dos temas, tratou-se de selecionar, de maneira livre, os aspectos que chamavam atenção nas notícias e os estudantes começaram a analisá-las. Na terceira oficina, com a finalização da coleta de materiais e tendo passado pelas discussões teóricas sobre o tema, iniciou-se a construção do pôster. Por fim, na última oficina, os pôsteres foram revisados, ajustados e finalizados para serem apresentados em um evento aberto ao IHAC no final do semestre.

O trabalho com a mídia impressa, ao mesmo tempo em que buscava atualidade, rotina de leitura e contato com fatos cotidianos, objetivava despertar uma análise crítica acerca destes meios de comunicação. A apropriação crítica de fatos acerca do cotidiano visava “disciplinar” um olhar mais atento para o uso de teorias, ensaios e estudos na aplicabilidade do dia a dia. Além disso, um trabalho em grupo com caráter co-dependente, ou seja, dependia da parte de cada um o todo do trabalho, os colocavam em uma situação onde tiveram que inevitavelmente trabalhar com as particularidades dentro de grupos heterogêneos, visando desenvolver também o aprendizado em como lidar com formação de equipes para chegar a um produto final.

O desempenho dos discentes, além de ser visivelmente expresso durante os debates e oficinas, materializou-se no produto final do componente. De maneira concisa e fundamentada, conseguiram apropriar-se de conceitos, desenvolverem os temas, utilizar dados estatísticos e análises provindas dos estudos revisados na elaboração dos pôsteres, demonstrando um avanço no entendimento do tema, ainda que muitos relataram ser a primeira vez que tiveram contato com o assunto.

Fato é que, independente do grau de convencimento e acordo com as concepções e posicionamentos apresentados ao longo do semestre, todos mostraram-se objetiva e subjetivamente capazes de perceber o grau de importância que esse tema ocupa no campo da saúde atualmente, bem como



aprenderam por onde iniciar a produção de conhecimentos e tecnologias que digam respeito à saúde da população negra no Brasil.

## Apontamentos e expectativas

Além de ser um espaço de aprendizagem de conteúdos, o componente proporcionou um espaço de aproximação entre pesquisadores, gestores, lideranças do movimento social e estudantes do componente, em uma perspectiva interdisciplinar de construção do conhecimento sobre a problemática nacional e local da população negra, ao longo do semestre. O potencial de combinação entre sensibilização e apropriação crítica de conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde com recorte étnico-racial vem contribuindo para a formação de profissionais e futuros pesquisadores no campo da saúde, capazes de se comprometerem com políticas públicas voltadas para a população negra no Brasil.

A experiência desenvolvida em 2011 revelou a pertinência da proposta e a importância de se continuar oferecendo regularmente esse componente curricular. Não se conhecem estudos sobre a oferta do componente Saúde da População Negra nas Universidades brasileiras, embora se conheçam algumas experiências em processo, como por exemplo na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Nessa perspectiva, fazem-se necessárias reflexões e ações nos marcos de temas como Interdisciplinaridade e processos de ensino-aprendizagem, constituindo espaços de articulação entre o conjunto dos atores envolvidos com a problemática de saúde da população negra e propostas inovadoras que reforcem o compromisso social da Universidade.

## Referências

- ARAÚJO, M. V. R. *O processo de Formulação da Política de Saúde da população negra em Salvador: 2005-2006*. 2011. 93 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- BARATA, R. B. *Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BATISTELLA, C. E. 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: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 51-86.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico e contagem da população. 2010*. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010RgaAdAgsn.asp>>. Acesso em: jan. 2012.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 87-122.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

DOMINGUES, P. Movimento negro: alguns apontamentos históricos. *Revista tempo*, Niterói, v. 12, n. 23, p. 100-122, 2007.

FRY, P. H. O significado da anemia falciforme no contexto da "política racial" do governo Brasileiro 1995-2004. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 374-70, 2005.

GUIMARÃES, A. S. A. *Classes, raças e democracia*. São Paulo: Editora 34, 2002.

\_\_\_\_\_. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 121-142, 2001.

HERINGER, R. Mapeamento de ações e discursos de combate às desigualdades raciais no Brasil. *Estudos afro-asiáticos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-43, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Índice do Desenvolvimento Humano Municipal*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=292740&idtema=118&search=bahia|salvador|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->>>. Acesso em: 25 set. 2013.

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. (Org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008.

KINGDON, J. W. *Agendas alternatives and public policies*. Boston: Addison-Wesley Longman, 1995.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: FUNASA, 2005b. p. 47-80.

\_\_\_\_\_. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, oct. 2005b.

\_\_\_\_\_. Raça, saúde e vulnerabilidades. *Boletim do Instituto de Saúde-BIS*, São Paulo, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

MASIERO, A. L. A Psicologia racial no Brasil 1918-1929. *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 2, p. 100-206, 2005.

MUNANGA, K. *História do Negro no Brasil: o negro na sociedade brasileira: resistência, participação e contribuição*. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2004.

NOGUEIRA, J. C. Movimento negro: das práticas de denúncia às políticas públicas. *Política e sociedade*, Florianópolis, v. 3, n. 5, p. 89-99, 2004.

SALVADOR. Prefeitura municipal de Salvador. Secretaria municipal de saúde de Salvador (SMS). *Diagnóstico de Saúde da população negra de Salvador*. Salvador: [S.n.], 2006a.

\_\_\_\_\_. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. Salvador: [S.n.], 2006b. 125 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms-salvador\\_2006-2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms-salvador_2006-2009.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Política Nacional de Saúde da População Negra no Brasil: uma questão de equidade*. Brasília: Athalaia. 2001.

RABELO, S. H. S. A igualdade em construção: políticas de ação afirmativa para inclusão de negros no ensino superior público brasileiro. *Revista de estudos e pesquisa em educação*, Juiz de Fora, v. 10, p. 87-98, jan./dez. 2008.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. Processo de Implantação do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde 2008-2011: fazendo caminhos ao andar. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. (Org.). *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.

TELLES, E. *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Humanidades, Artes e Ciências. *Bacharelados Interdisciplinares: projeto pedagógico*. Salvador: [S.n.], 2008a. Disponível em : <[https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/implant\\_reuni.pdf](https://www.ufba.br/sites/devportal.ufba.br/files/implant_reuni.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013

\_\_\_\_\_. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: [S.n.], 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva (ISC). MUSA. *Curso de atualização raça, gênero na atenção à saúde*. Salvador: [S.n.], 2008b. Módulo 3.



## TERCEIRA PARTE

---



# A atividade de extensão “AIDS: educar para desmitificar”

---

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco  
Mauricio de Souza Campos  
Milena Araújo Silva Sá  
Nelson Junot Borges  
Tâmila Pires da Silva

## Introdução

A atividade de extensão permanente “AIDS: educar para desmitificar” foi criada em 2009 com o objetivo de fomentar a discussão a respeito do HIV/AIDS, abordando questões que extrapolam os aspectos biológicos da transmissão do vírus e da doença.

A escolha desse tema não foi à toa. A primeira década do século XXI colocou a capital baiana entre as campeãs em casos de AIDS notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM), segundo o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2010, perdendo apenas para a região sudeste e sul do país. (BRASIL, 2010)

De acordo com o mais recente boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, em 2011, observa-se, em todo o Brasil, uma tendência de aumento na prevalência da infecção pelo HIV entre os jovens. (BRASIL, 2011) Esse número aponta para a necessidade de uma articulação não só entre governo e sociedade, mas também entre universidade e sociedade, no sentido de colaborar com a ampliação das ações de prevenção e combate à infecção pelo HIV.

A ideia de criar esta atividade de extensão nasceu, então, nesse contexto, em sala de aula, a partir da apresentação de um seminário sobre “Globalização



e Saúde: epidemias, endemias e pandemias”, com foco no tema da AIDS. Isso ocorreu em um componente obrigatório do eixo específico de saúde, do BI em Saúde, chamado “Campo da Saúde: Saberes e Práticas”. O objetivo mais amplo deste projeto era, já no primeiro ano do curso, inserir os alunos em uma atividade de extensão associada à pesquisa, de modo a lhes possibilitar a prática da produção de conhecimento e a ação social.

Visando veicular informações desnudas de preconceito, produzir reflexões a respeito dos aspectos socioculturais inerentes ao HIV/AIDS, levantar dados, realizar debates sobre comportamentos sexuais e esclarecer dúvidas referentes a esta Doença Sexualmente Transmissível (DST), construímos espaços de diálogo inicialmente dentro da própria Universidade Federal da Bahia (UFBA) e depois expandimos o projeto para escolas públicas de nível médio para, por fim, levarmos a atividade para detentos do sistema prisional da capital baiana, organizada sob a forma de uma Atividade Curricular em Comunidade (ACC) intitulada “Educação em Saúde no Sistema Prisional”.

A escolha desse público-alvo não foi à toa, já que os jovens e os presos fazem parte da parcela populacional considerada vulnerável à infecção pelo HIV. (BRASIL, 1999, 2011; ONU, 2007) Esta atividade busca, assim, construir espaços de diálogo onde todos os atores envolvidos possam compartilhar experiências e conhecimentos a respeito do HIV/AIDS, de forma que a nossa contribuição para todos os envolvidos não aconteça de forma verticalizada e, portanto, possa vir a ser traduzida em mudanças de comportamentos e atitudes, tanto no que diz respeito a práticas de sexo mais seguras, quanto a relações mais sensíveis com os portadores do vírus ou pessoas com AIDS.

É importante ressaltar que cada público demanda uma organização diferente na realização da atividade. Essa mudança acontece não apenas no que diz respeito à metodologia, mas à própria linguagem utilizada pelos membros da equipe. O espaço e o tempo disponíveis para cada encontro também são determinantes no modelo de ação organizado pela equipe. Reuniões periódicas de planejamento são necessárias para a realização da atividade.

## Considerações acerca da Educação em Saúde

Antes de iniciarmos um relato mais detalhado desta atividade, propriamente dita, gostaríamos de tecer algumas considerações no âmbito da Educação em Saúde. Alguns autores, a exemplo de Gazzinelli e colaboradores (2005),

têm analisado as mudanças no discurso oficial dessa área. De acordo com os mesmos, os projetos eram antes construídos prioritariamente para grupos em vulnerabilidade social, uma vez que os problemas de saúde eram entendidos como resultantes do baixo nível educacional da comunidade. Por esse motivo, as práticas pedagógicas em saúde tinham a finalidade de transmitir conhecimentos a determinados grupos populacionais, para que estes desenvolvessem novos comportamentos e práticas.

Esses autores fazem a reflexão de que “comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde são, então, explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior.” (GAZZINELLI et al., 2005, p. 201) As práticas de educação em saúde, nessa perspectiva, eram, portanto, fortemente influenciadas pelo método cartesiano, entendendo o público alvo como objeto de transformação e não como sujeito desta.

A ideia que prevalecia era a da necessidade de mudar os indivíduos para se atingir bons índices de qualidade de vida, e não a de alterar as situações de desigualdade. Apesar de historicamente a educação em saúde ter sido configurada como uma prática coercitiva e normativa, atualmente ela tem incorporado “novos referenciais teóricos que ultrapassam a noção determinística entre saber instituído e prática em saúde.” (GAZZINELLI et al., 2005, p. 201) Os autores apontam, então, que uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra uma ressignificação da expressão Educação em Saúde, sobretudo devida à grande influência dos estudos de Paulo Freire, saindo-se da perspectiva da imposição de modelos para outra, voltada para a participação comunitária.

Os novos debates a respeito da Educação em Saúde a entendem, assim, como uma ferramenta capaz de construir um saber coletivo, que irá permitir a emancipação e a autonomia do sujeito no que diz respeito ao cuidado de si, da sua família e do seu entorno. (MACHADO et al., 2007) Gazzinelli e colaboradores (2005) discutem a necessidade de se levar em consideração as representações da saúde e da doença de todos os envolvidos nesse processo (gestores, profissionais, usuários), entendendo que estes estão em constante atualização de hábitos, modos de vida e sensibilidades que são construídos de acordo com os significados históricos e culturais. É fundamental a superação do caráter instrumental das práticas de Educação em Saúde, pautadas exclusivamente no saber científico. A população precisa

fazer e se sentir parte desse processo, para só assim produzirmos atitudes geradoras de mudanças.

Desse modo, a Educação em Saúde vem sendo entendida como um campo multifacetado, onde convivem em uma mesma rede de relações diversas compreensões de mundo, diferentes posições político-filosóficas sobre os indivíduos e a sociedade, e no qual se procura desenvolver e compartilhar potencialidades, na tentativa de superar os limites e as dificuldades que estão colocados. (MACHADO et al., 2007) Trata-se de um bem comum, ou seja, de um processo de construção de conhecimento compartilhado, que poderá resultar em intervenções nas relações sociais, que influenciarão na qualidade de vida de cada um dos envolvidos.

Machado e colaboradores (2007, p. 339) destacam que “o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde”, uma vez que visa envolver toda a população na conjuntura em que está inserida, e não apenas os grupos em risco de adoecer. Esses autores assinalam que o conceito ampliado de saúde e o modelo de educação problematizadora também são pilares do novo debate em torno da educação em saúde.

Considerar a saúde em seu aspecto positivo e vivo, como uma constante busca pela qualidade de vida e se pautar em uma educação voltada para a conscientização, para a mudança e para a libertação é fundamental na consolidação de práticas de educação em saúde com um pensar crítico e reflexivo, capazes de articular saberes técnico-científicos e populares e de aproximar a relação entre profissionais e sujeitos, permitindo, assim, a proposição de ações que de fato promovam mudanças individuais e coletivas.

Feitas essas considerações, é importante ressaltar que a educação em saúde se apresenta como estratégia fundamental no combate ao HIV/AIDS. O diálogo é uma ferramenta essencial no controle desta epidemia, ainda mais não existindo vacinas que impeçam o adoecimento ou medicamentos capazes de curar os infectados.

Merchan-Hamann (1999) aponta que os projetos de educação em saúde, principalmente aqueles relacionados à prevenção da transmissão sexual de HIV/AIDS, precisam reconhecer o caráter social e subjetivo inerente a esta temática, afastando a ótica predominantemente biologicista. Assinala ainda a importância de atentarmos para o fato de que as práticas de saúde estão revestidas de valores e, portanto, dimensões ligadas à cidadania e à sexualidade precisam ser centrais nos espaços de discussão sobre esta problemática.

Se, por um lado, o Estado não deve se desresponsabilizar do combate à epidemia de HIV/AIDS, por outro lado não deve ultrapassar os limites da autonomia e do livre-arbítrio dos cidadãos de determinarem o comportamento que lhes convém em relação aos riscos de infecção. Um conteúdo coercitivo nas práticas de combate a determinadas doenças pode acabar dificultando a transformação de atitudes em um direcionamento mais positivo.

Para se alcançar mudanças significativas no que se refere à epidemia de HIV/AIDS, é fundamental, portanto, identificarmos “as novas representações, simbolismos, conteúdos não imediatamente verbalizados e, especialmente, da nova dinâmica epidemiológica que a doença pode assumir.” (AYRES, 2002, p. 13) Para isso, deve-se levar em consideração a diversidade populacional e construir estratégias adequadas aos diferentes contextos. É nesse sentido que chamamos a atenção para um público que se encontra muitas vezes invisível e excluído da maioria das ações do Estado: a comunidade carcerária.

Faz-se necessário, então, construir uma prática democrática de educação em saúde que seja capaz de compreender as relações de poder, a importância da estrutura socioeconômica e da própria cultura em todos os aspectos que dizem respeito ao HIV/AIDS. É importante que essa prática valorize a diversidade, esteja desnuda de preconceitos e que seja capaz de sensibilizar o coletivo participante, de forma que se construam permanentemente valores cidadãos. (MERCHAN-HAMANN, 1999) Criar momentos em que se possam compartilhar conhecimentos a respeito de como essa síndrome é transmitida, como preveni-la e quais são os direitos da população infectada e não-infectada representam o primeiro passo para se romper com o tabu e o estigma que acompanham essa doença.

## O projeto AIDS no BI em Saúde

Foi nessa direção que começamos a desenvolver nossa atividade de extensão no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, com abertura para os estudantes desta Universidade, com um tempo inicial de 3 horas para a realização da mesma e recursos como data-show para a projeção de filmes, vídeos e músicas a respeito do tema. A atividade está organizada em três momentos: no primeiro, aplicamos um questionário do Ministério da Saúde de avaliação do conhecimento sobre a AIDS e de investigação sobre o comportamento sexual e, posteriormente, fazemos um apanhado geral a

respeito dos aspectos biológicos da doença e das formas de prevenção; no segundo, discorremos sobre as formas pelas quais a sociedade foi percebendo a epidemia da AIDS e os estigmas e preconceitos criados em torno desta síndrome; e, no último, fazemos uma análise, a partir de recortes de filmes, de como o cinema ratificou o discurso científico de um dado momento e tornou-o senso-comum, destacando a capacidade desta arte em gerar ou quebrar preconceitos.

Criamos um espaço de interlocução bastante rico, uma vez que, mesmo entre os acadêmicos, muitas dúvidas ainda persistem sobre questões básicas da síndrome e dos seus mecanismos de transmissão. Além disso, a utilização dos filmes enriquece bastante a discussão a respeito das questões socioculturais às quais a AIDS está atrelada. Tem sido possível construir um longo debate a respeito dos direitos dos portadores do vírus, bem como sobre a forma como o preconceito foi construído, principalmente relacionando a posse do vírus a determinados grupos sociais. Dialogamos sobre o nosso papel como agentes responsáveis em combater e lidar com essa epidemia, na luta pela qualidade de vida daqueles que desenvolveram a síndrome.

Outro ponto que merece ser destacado, neste projeto, é a diversidade do público que tem participado desta atividade, constituído por estudantes do ensino médio, do ensino superior (das áreas da saúde, ciências humanas e artes) e detentos. Esse público tem levantado pontos diversos relativos a esta epidemia e contribuído muito nas discussões. Dialogamos sobre o porquê da dificuldade em se chegar a uma vacina contra o HIV, a ineficácia das campanhas de prevenção, a importância do trabalho coletivo na diminuição dos índices da AIDS, entre outros aspectos.

Nas escolas de ensino médio, público e privado, a metodologia escolhida pela equipe visa algo mais lúdico, que possa fomentar o debate entre os jovens presentes, de forma a que estes não se sintam reprimidos ou constrangidos. Com base na estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde para discutir DST com jovens, utilizamos a técnica da Árvore dos Prazeres. A dinâmica consiste em os estudantes escreverem, numa árvore feita de papel, um prazer, um risco relacionado a um dos prazeres citados e uma estratégia de prevenção para os riscos relacionados à sexualidade. A partir daí, o debate é construído de forma coletiva. Muitas têm sido as dúvidas referentes às formas como se contrai o vírus, como ele se desenvolve no organismo, as vias de prevenção. O público jovem tem discutido bastante a necessidade de

quebra dos preconceitos a respeito da AIDS e tem relatado a dificuldade em conseguir preservativos ou conversar sobre sexo devido à idade, já que são considerados muito jovens por parte de alguns pais e profissionais de saúde para debaterem este tema.

A atividade desenvolvida no sistema prisional, por sua vez, tem sido organizada em forma de roda de discussão, a partir de um questionário que serve como roteiro. Nesse espaço, dispomos de poucos recursos estruturais, devido às regras da unidade prisional, pois não podemos frequentar as áreas de contato com os internos com muitos materiais em mãos. O tempo de duração da atividade é também limitado, uma vez que esta não pode chocar com as outras atividades que são aí desenvolvidas. Dessa forma, nos é disponibilizado o tempo máximo de 1 hora e 30 minutos, para dialogar com a população carcerária. É importante ressaltar que essa população, em sua grande maioria, já se encontrava em estado de vulnerabilidade social muito intensa, antes mesmo de ser privada de liberdade, o que tende a se agravar durante e após o período na prisão. No que diz respeito à escolaridade, por exemplo, a maioria dos detentos não chegou a concluir o ensino fundamental. (BRASIL, 2008)

De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2004), a população carcerária apresenta um maior risco de infecção pelo vírus HIV do que as populações que se encontram em liberdade. Além do próprio confinamento, fatores como a marginalização social, a dependência de drogas, o baixo nível socioeconômico e a limitada assistência de saúde favorecem a adoção de comportamentos que contribuem para o risco de infecção, tais como: o compartilhamento de equipamentos de injeção de drogas, prática sexual sem proteção e troca de materiais usados para fazer tatuagens e colocar *piercings*. (BRASIL, 1997; ONU, 2007)

Na prática, a dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e pontualmente preventiva. Predominam as consultas e imunizações. Tal cenário constitui um problema de saúde pública, já que o ambiente carcerário pode funcionar como um “concentrador” dessas infecções e um “disseminador” para a população em geral. Não se pode perder de vista que, mesmo privados de liberdade, os presos mantêm contatos com familiares, amigos e outros indivíduos.

O contato com os presos, através desta atividade de extensão, tem sido bastante enriquecedor. Muitos deles têm apontado para a relação entre a AIDS

e a morte, reproduzindo a crença segundo a qual não se pode ter uma vida saudável e normal quando se é portador do HIV. A maioria tem comentado que não tem dúvidas quanto à prática do sexo seguro e tem relatado que o não-uso do preservativo deve-se ao fato deste ser desconfortável e gerar menos prazer na relação sexual. Ainda sobre a utilização dos preservativos, os internos têm assinalado que estes não precisam ser usados nos relacionamentos fixos e que, se a parceira exige a sua utilização, a relação de confiança entre o casal fica abalada.

Todos esses resultados retificam o que vem sendo apontado pela literatura científica sobre o tema, ao tempo em que apontam para os desafios a serem enfrentados no processo de educação em saúde e controle da epidemia da AIDS. (AYRES, 2002; DOURADO et al., 2007; FELICIANO, 2005; LEITE et al., 2007; MADUREIRA; TRENTINI, 2008a, 2008b; MAKSDUD, 2009; MARTINS et al., 2006; OLTRAMARI; CAMARGO, 2010; REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011; SONTAG, 2007)

Destacamos que a dinâmica das oficinas, baseada numa relação horizontal entre todos os participantes, incluindo os membros da equipe de extensão, tem sido fundamental no processo de reconhecimento da capacidade de cada um em construir relações com outros sujeitos e entre estes e o mundo em que estão inseridos. No processo de integração com a comunidade, a equipe universitária não se coloca como detentora de um saber absoluto ou superior e busca criar espaços para que a cultura e o saber popular possam dialogar com o saber científico, de forma que todos os indivíduos tenham condições de modificar sua realidade de forma positiva.

Identificamos, desse modo, que, através do compartilhamento de experiências com outros sujeitos e consigo próprio, torna-se possível internalizar conhecimentos, papéis e funções sociais, que são também responsáveis por gerar novos conhecimentos e transformar subjetividades. Dessa maneira, esta iniciativa tem despertado a percepção de cada cidadão sobre o seu compromisso ético-político e seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais. Tal aspecto tem permitido desenvolver, entre os alunos, as competências valorativas e os compromissos éticos previstos no Projeto Político-Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

O projeto AIDS: Educar para Desmitificar possibilitou também o levantamento de informações sobre o conhecimento acerca da AIDS e sobre o comportamento sexual, entre estudantes de nível médio e superior. Esses dados,

bem como os referentes à revisão de literatura sobre o tema, foram analisados e apresentados em congressos e sistematizados em artigos publicados em anais de dois seminários internacionais. Isso possibilitou, aos estudantes integrantes da equipe, o desenvolvimento das habilidades de comunicação oral e escrita, bem como o desenvolvimento da habilidade de análise dos problemas de saúde no âmbito individual e coletivo, previstos, mais uma vez, no Projeto Político-Pedagógico do curso.

Vale à pena destacar que, entre os 170 alunos pesquisados, com idade média de 21 anos, embora 77,06% já houvessem tido pelo menos uma relação sexual, apenas 41,76% relataram uso de preservativos na primeira relação e 28,24% afirmaram que a transmissão do HIV pode ocorrer através do beijo. Sobre o acesso aos serviços de saúde, somente 31,18% tinham conhecimento de algum serviço especializado em DST e apenas 30,59% já haviam realizado o teste sorológico para diagnóstico do HIV. Estes dados mostram como essa parcela jovem da população da cidade de Salvador encontra-se sem informação e orientação adequada acerca do HIV/AIDS.

## Comentário final

O projeto AIDS: Educar para Desmitificar vem se desenvolvendo e se reestruturando a cada contribuição feita pelos participantes. De maneiras diversas e com públicos variados, temos podido construir conhecimentos sobre a questão do HIV/AIDS, repensando nossos valores, comportamentos e atitudes. Acreditamos que, de fato, conseguimos desmitificar muitos pontos relacionados a essa síndrome nos contatos com os participantes e fazer com que cada um que se envolveu com este processo tenha percebido seu papel de sujeito multiplicador de diálogos no combate a esta epidemia.

## Referências

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunic., Saúde, Educ, Botucatu*, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.

BRASIL. *Boletim epidemiológico: AIDS e DST*, Brasília, ano 8, n. 1, 2011.

\_\_\_\_\_. *Política nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 92 p.



\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. *Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados*. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico: AIDS e DST*, Brasília, ano 7, n. 1, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A epidemia de AIDS no Brasil: situações e tendências*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. *Plano nacional de saúde no sistema penitenciário*. Brasília: [S.n.], 2004.

DOURADO, I. et al. Soroprevalência do HIV-1 na população geral de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 25-32, jan. 2007.

FELICIANO, K. V. O. Prevenção da AIDS entre os jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 4, p. 429-438, out./dez. 2005.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

LEITE, M. T. F. et al. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 434-438, jul./ago. 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008a.

\_\_\_\_\_. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 5, p. 637-42, set./out. 2008b.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da AIDS frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 349-369, 2009.

MARTINS, L. B. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 315-323, fev. 2006.

MERCHAN-HAMANN, E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 85-92, 1999. Suplemento 2.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio*. Nova York: Nações Unidas, 2007. 52 p.

REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R.; SOUZA, A. C. B. Homens e a prevenção da AIDS: análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 15, n. 36, p. 67-78, jan./mar. 2011.

REIS, A. C. et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 420-429, 2010.

SONTAG, S. *Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Editora de Bolso, 2007. 168 p.



# Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias: uma experiência de extensão universitária nos Bacharelados Interdisciplinares

Adriana Miranda Pimentel

## Introdução

Concebida como uma proposta interdisciplinar e de extensão universitária vinculada ao Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), a Atividade Curricular em Comunidade (ACC) intitulada “Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias” originou-se de pesquisa de doutorado realizada entre os anos de 2005 e 2009. (PIMENTEL, 2009) Essa pesquisa tinha como objetivo compreender os sentidos e significados das práticas culturais que jovens desenvolviam nesse bairro central e pobre da cidade de Salvador. Foi realizada uma etnografia do bairro, pautada em fontes primárias e secundárias, através da construção de um *survey* que pudesse dar conta de compreender as dimensões oficiais e o ponto de vista dos moradores sobre o lugar. Além disso, foram realizadas entrevistas aprofundadas com os jovens, focalizando suas trajetórias de vida. Esse estudo permitiu compreender de que modo os jovens fazem uso desse espaço vivido, através de práticas que realizam como táticas de resistência às situações que os afetam e que vivenciam cotidianamente no bairro. A investigação permitiu conhecer um contexto de adversidades, mas também revelou práticas de jovens, autônomas, que se desenvolvem em meio a esse cenário.

Os jovens têm sido cada vez mais evidenciados em estudos e pesquisas no campo da saúde, particularmente no que se refere à violência e sexualidade. Esses estudos, em geral, focalizam os riscos a que os jovens estão sujeitos e

os comportamentos e atitudes específicos do grupo. O número alarmante de homicídios de que são vítimas ou perpetradores, o aumento significativo nos casos de HIV/AIDS e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que os atingem, assim como a gravidez de adolescentes são alguns dos principais temas que mobilizam estudos nesse campo, nas últimas décadas. Porém, o que se percebe é que há poucos estudos que focalizem o ponto de vista do jovem nesse processo, levando-se em conta o reconhecimento da diversidade e singularidade dos contextos de vida em que estão inseridos e, particularmente, daquilo que é produzido por eles – suas práticas cotidianas. Este foi o mote para a realização da pesquisa e, posteriormente, para a elaboração do projeto de ACC em questão. Os jovens aqui não são definidos a partir de uma faixa etária determinada, mas sim como pessoas que compartilham práticas contextualizadas, através de seus usos, trânsitos e pertencimentos, em um espaço localmente situado na cidade.

Em Cosme de Farias há, com base no estudo realizado, uma ausência de Estado e isto aparece na escassez de entidades governamentais, tais como escolas, unidades básicas de saúde e outros equipamentos sociais e de cultura, e na abundância de entidades religiosas e de organizações civis. Nesse caso, o bairro pode, sim, ser considerado um bairro pobre, de periferia, onde é comum a precarização das políticas públicas, dando espaço para todo tipo de clientelismos. Os jovens dão o diagnóstico, mas oferecem também a prescrição que, no caso, não é uma ocupação pela ocupação para “desocupados”, e sim um fazer com sentido. Não é falta de dinheiro apenas a explicação por tamanha precariedade, mas, principalmente, a falta de espaço, de expressão, de liberdade, de afeto, de sentido. É a essas “faltas” que eles atribuem os problemas que vivenciam cotidianamente no bairro. Essas “faltas” aparecem nas suas trajetórias biográficas e vão dar sentido às suas práticas “*para alimentar a alma*”, como referiu um jovem entrevistado para a pesquisa. Por conta disso, foi criado este projeto e é através dele que se pretende transformar uma realidade na cidade.

Esta Atividade Curricular em Comunidade tem como objetivo central promover espaços de práticas artístico-culturais, esportivas e de interlocução política junto aos jovens do bairro de Cosme de Farias. Especificamente, busca: a) identificar grupos e/ou lideranças que desenvolvam práticas artístico-culturais, políticas e esportivas no bairro; b) promover espaços para que práticas juvenis e de outros grupos possam ter expressão no bairro e ampliem

possibilidades para os jovens; c) constituir espaços de sociabilidade para jovens e outros grupos que vivem no bairro; d) construir registros: fotográficos, fílmicos, escritos, entre outros, no intuito de documentar práticas e as formas como se manifestam, a fim de constituir material para moradores e facilitar ações políticas; e) constituir redes de suporte (econômica, política e social) que integrem lideranças, jovens e grupos culturais do bairro com outras organizações sociais da cidade; f) estreitar relações dos jovens do bairro com a Universidade e jovens universitários.

### Práticas culturais juvenis

O projeto orienta-se por uma perspectiva que percebe o jovem para além de uma pessoa que se situa em uma faixa etária preestabelecida, mas como sujeitos produtores de práticas às quais se realizam em um contexto social que não está dado, mas sim construído por eles – a partir de suas histórias e dos recursos que lançam mão. Nesse sentido, importa os fazeres desses jovens atrelados ao lugar onde vivem e desenvolvem coisas, bem como o contexto mais global ao qual também estão envolvidos. Assim, o lugar é fundamental para compreender esses fazeres. Conhecer o bairro, seus recursos e sua história são aspectos cruciais para compreender e manejar possibilidades nele, que serão construídas com os jovens e moradores desse lugar. Alguns autores-chave são referências importantes nos estudos e práticas que vinculam jovens, espaço urbano e práticas cotidianas, entre eles: José Machado Pais (1996, 2004, 2006), José Guilherme Cantor Magnani (2005, 2007), Mary Bucholtz (2002), entre outros.

Os sujeitos constroem suas trajetórias a partir das práticas cotidianas, aproveitam ocasiões para o seu fazer, reorganizam “estruturas” previamente dadas e ressignificam modos de levar a vida, não propriamente compreendidos e aceitos pelos detentores de um tipo específico de saber. É desse modo que os jovens de Cosme de Farias foram, pouco a pouco, desenvolvendo formas ou possibilidades de ação – o que Michel de Certeau (2003) intitula como *táticas de resistência*. Há algo que ocorre nos espaços, não propriamente espaços legitimados, como as instituições, quando são criadas com determinados propósitos, que estão distantes da compreensão e atenção dos técnicos; e há outros espaços, nem sempre criados com determinada finalidade, que são ressignificados pelos sujeitos. A partir disso, outros saberes são

produzidos, outras lógicas são permitidas e compartilhadas. Essas práticas são entendidas como táticas utilizadas ou criadas por eles e operam como formas de apropriação e reapropriação do espaço, correspondem às suas trajetórias pessoais e dão novos significados às leituras sobre os problemas ou situações experimentadas pelos jovens em bairros pobres das grandes cidades. (PIMENTEL, 2012)

Outro autor que contribui no sentido de localizar grupos ou *comunidades de práticas*, como ele as denomina, e compreender a dinâmica interna dessas comunidades a partir do uso que fazem do espaço onde se situam é Wenger (2001). Em sua perspectiva, interessa a análise dos processos que ocorrem no interior das comunidades que compartilham um fazer em dado espaço. Para o autor, a noção de prática implica fazer algo, mas não simplesmente algo em si mesmo ou por si mesmo; implica fazer algo em um contexto histórico e social, que é o que outorga significado ao que fazemos. Quando ele analisa comunidades de práticas, visa compreender aspectos que unem esse conjunto de fazeres em um dado contexto que se dá sempre com outros. Desse modo, um compromisso mútuo, uma agência conjunta e um repertório compartilhado são as três dimensões que caracterizam essas comunidades. Para Wenger, esse processo vivido nas comunidades de práticas implica negociação de identidades que se constituem no próprio fazer com os outros.

Tanto Wenger (2001) quanto Certeau (2003) assumem perspectivas interessantes e que podem ser complementares na medida em que avançam na compreensão sobre as práticas. Observo, também, que esses autores reconhecem a importância de abordagens fenomenológicas quando ressaltam a experiência, o fazer cotidiano no modo mais simples e habitual que é a vida vivida. Essas práticas tanto vão refletir nas mudanças e deslocamentos nesses locais, constituindo táticas de enfrentamento e de possibilidades a partir das vicissitudes cotidianas do espaço urbano, quanto vão incidir sobre as trajetórias desses jovens e atuar na construção de processos identitários e na transformação deste espaço vivido – o bairro. A questão da identidade será aqui tratada, tal como Bucholtz e colaboradores (1999) revelam, como um repertório de possibilidades, na medida em que os sujeitos desenvolvem modos particulares de interação, que as identidades não são construídas individualmente, mas sim, em processos de contestação e colaboração a partir das experiências vividas sempre com o outro. Para tanto, a compreensão do bairro

tal como se constituiu e como é percebido pelos jovens é fundamental para a construção desta proposta.

## O bairro como um lugar para a construção da atividade

Cosme de Farias é um bairro adensado, situado em área central da cidade de Salvador e com população estimada em 40.000 habitantes – 50% de crianças e jovens, em área de 84 hectares. Conforme o Censo 2000 do IBGE, 14% da população responsável pelo domicílio não possui rendimento ou o possui de forma irregular e a população economicamente ativa recebe entre  $\frac{1}{2}$  e dois salários mínimos. O índice de alfabetização da população residente é relativamente elevado, porém o nível de escolaridade é baixo, cerca de  $\frac{1}{4}$  desta população não tem instrução formal ou tem menos de um ano de estudo, e mais da metade dos chefes de família cursaram apenas os primeiros quatro anos do ensino fundamental. O bairro é praticamente todo ocupado por casas de alvenaria, não possui um espaço livre ou área de lazer. Dispõe de poucos equipamentos governamentais que não respondem às necessidades básicas da população residente: um centro de saúde, uma Casa do Trabalhador<sup>1</sup> e cinco escolas (entre ensino fundamental e médio). Entretanto, existem 57 entidades religiosas, que foram mapeadas: 36 terreiros de candomblé (SANTOS, [2008?]), 20 igrejas evangélicas, entre históricas e neopentecostais, e uma igreja católica com um centro comunitário em outra localidade do bairro; além de 21 entidades da sociedade civil, a maioria delas associações de moradores. (PIMENTEL, 2009)

Os jovens, em geral, usam ruas, casas de amigos, bares e, às vezes, a praça central do bairro – fim de linha dos ônibus, para todas as atividades (de convivência, artísticas, esportivas, entre outras). Na pesquisa realizada anteriormente, os jovens salientavam a dificuldade para uso de espaços institucionais, tais como igrejas, escolas e outras instituições governamentais. O lazer quase sempre acontece no próprio bairro (rodas de conversa na rua, bares, festas e ensaios de bandas nas lajes) ou, no Pelourinho, lugar que se pode ir caminhando. Porém, até mesmo essas atividades de lazer estão comprometidas

1 A Casa do Trabalhador é uma entidade governamental vinculada à Secretaria Estadual do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte (SETRE), e presta serviços à população de todo o Distrito de Brotas. Entre os serviços prestados, estão cursos profissionalizantes de informática, oficinas, entre outros. (PIMENTEL, 2009)



por conta do aumento da violência nos últimos anos. Com base nesse primeiro reconhecimento do lugar, das necessidades sentidas e percebidas dos jovens através da participação na pesquisa realizada é que surgiu a Atividade Curricular em Comunidade nomeada “Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias”.

Este ACC se alinha aos pressupostos dos projetos pedagógicos dos Bacharelados Interdisciplinares (BI) no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia. O BI é uma proposta de mudança no ensino superior brasileiro, quando prioriza a experiência interdisciplinar na formação do estudante e não uma formação pautada na profissionalização. Por conta disso, prevê que o estudante transite pela Universidade, conheça diferentes áreas, campos e perspectivas de conhecimento, construa práticas distintas de estar e viver na Universidade e desenvolva competências e habilidades que lhe possibilitem fazer escolhas mais significativas para seu projeto de vida. Desse modo, a ACC é uma das atividades complementares disponibilizada pela Universidade e parte integrante da formação do estudante do BI. Nas atividades complementares, o estudante ‘terá oportunidade de ampliar sua responsabilidade social e competências relacionais.’ (UFBA, 2008, p. 34)

Esta ACC é por excelência interdisciplinar – princípio fundamental do BI. Ela estreita as relações entre estudantes dos Bacharelados, de outros cursos da UFBA e jovens que estão fora da Universidade, situa-se como prática acadêmica que interliga as atividades de ensino e pesquisa e possui como característica essencial o envolvimento do estudante com a realidade concreta, neste caso a criação e fortalecimento de espaços de arte e cultura para jovens de um bairro pobre da cidade de Salvador.

A experiência que se pretende relatar aqui surgiu de um projeto de extensão iniciado em fevereiro de 2011. Em agosto do mesmo ano, foi aprovado como atividade curricular em comunidade<sup>2</sup> e contou até o momento com a participação de 21 estudantes dos Bacharelados Interdisciplinares de Saúde, Humanidades e Ciência e Tecnologia, embora também tenham sido selecionados estudantes do BI de Artes e dos Cursos de Dança, Teatro, Música, Belas

---

2 Neste texto, será descrito os pressupostos do projeto e as atividades realizadas até o momento, mas interessa destacar que a proposta em questão é uma atividade de extensão permanente e, neste sentido, se desenvolve e é revitalizada a cada período que se segue.

Artes e Comunicação da Universidade Federal da Bahia. Por conta da incompatibilidade de horários, ainda não foi possível contar com a participação desses estudantes, o que enriqueceria ainda mais a proposta. Os estudantes participaram de encontros com lideranças jovens, representantes de entidades políticas, culturais, religiosas, entre outras, para divulgar a proposta e construir coletivamente algo que pudesse interessar a todos.

Os encontros aconteceram em diferentes espaços, tais como salão da igreja, salas de aula das escolas públicas e de outras instituições, como a Casa do Trabalhador, no intuito de compor uma rede de suporte e de proposições para a construção e desenvolvimento de práticas artístico-culturais no bairro. Além disso, os estudantes realizaram outras atividades teórico-práticas, tais como: revisão da literatura em bases de dados informatizadas sobre práticas culturais juvenis; atualização e sistematização de um mapeamento de instituições do bairro;<sup>3</sup> e um levantamento de grupos culturais juvenis do bairro. Através desse levantamento e do registro das ações que os grupos desenvolvem, bem como de uma maior vinculação com seus integrantes, foi possível agendar os encontros e propor novas ações.

Essas atividades teóricas-práticas subsidiaram a criação/desenvolvimento de espaços onde puderam ocorrer as práticas. Desse modo, entidades religiosas, equipamentos governamentais, associações de bairro, ou mesmo ruas e praça foram e poderão ser espaços potenciais para a ocorrência dessas práticas. O objetivo é promover a sociabilidade, divulgação de saberes e fazeres, a expressão da cultura local. Assim, os estudantes entraram em contato com grupos e lideranças, promoveram encontros e reuniões, entrevistaram pessoas envolvidas no processo e articularam para a realização de atividades artístico-culturais em Cosme de Farias.

Através desses encontros e reuniões, surgiram algumas ideias de ações a serem produzidas, tais como: oficinas culturais, tais como grafite, rádio, fotografia, dança, teatro; esportivas e de organização política; ensaios e shows de bandas de rap, de samba, gospel, entre outras existentes; apresentações de grupos de dança e teatro, entre outras formas de manifestações culturais do bairro. Essas práticas são organizadas e realizadas com a participação das lideranças e grupos jovens, em reuniões e encontros de elaboração e produção

---

3 Este mapeamento foi realizado inicialmente em 2008 para a pesquisa de doutorado já citada anteriormente e atualizado com informações dos últimos três anos.

dos eventos, e registradas para documentação, avaliação e planejamento futuro das novas atividades. Os estudantes têm disponibilidade de quatro horas semanais ao longo de um semestre, distribuídas entre estudo, campo (entrevistas, visitas, registro e produção das práticas), assim como análise do que foi realizado e elaboração de novos produtos (artigos, filmes, relatórios, entre outros textos produzidos).

## **A necessidade de conhecer para desvendar possibilidades**

O estudo desenvolvido entre 2005 e 2009, além de outros trabalhos executados pela coordenadora no bairro, foram cruciais para a elaboração do projeto. Mas isso foi apenas alicerce. Conhecer um lugar e se apropriar dele leva tempo, disposição para estar com outros e construção cotidiana de formas possíveis para estar ali e fazer coisas. No início, através da leitura do projeto e textos de referência, a proposta em questão soava muito interessante, disseram os estudantes nos relatórios finais. Porém, na prática tornou-se muito mais complexa. Algo aparentemente simples como entrar em contato com lideranças e grupos e convidá-los para uma reunião pode parecer fácil, mas na prática implica certo conhecimento sobre o que se pretende fazer ali e despojamento para sair do lugar cômodo em que muitas vezes nos encontramos.

Alguns estudantes apresentaram como interesse imediato pelo projeto a possibilidade de conhecer bairros pobres da cidade e fazer algo que pudesse melhorar a condição de vida dos jovens. Porém, adentrar o bairro e fazer algo lá demanda conhecimento do local e participação dos moradores. O conhecimento de um lugar não se dá em uma visita, mas sim na experiência cotidiana, com pessoas e situações concretas. A participação dos moradores e lideranças não é espontânea, e sim construída. Leva tempo e disposição para estar e fazer junto. Nesse sentido, como proposta, foram realizadas algumas reuniões e visitas às entidades com objetivo inicial de divulgar o projeto e elaborar propostas de ação coletiva. Desses encontros, nos apropriávamos dos conflitos existentes entre grupos, das dificuldades para conseguir recursos, das mazelas do bairro e, principalmente, do desejo de mudança. Em uma das reuniões com representantes de entidades e jovens, foi sugerida a criação de uma Agenda Cultural para Cosme de Farias, proposta esta que incluía festas e manifestações culturais já existentes no bairro, além das atividades artístico-culturais promovidas pela ACC.

A leitura de textos, exibição de filmes, mesas redondas, entre outras atividades oferecidas dentro e fora da ACC<sup>4</sup> foram importantes para a compreensão e desdobramento das atividades. O levantamento bibliográfico apenas em bases nacionais até o momento, por exemplo, foi necessário para identificar uma produção tímida sobre a temática, com 31 títulos entre artigos de periódicos, livros e teses. A revisão dessa literatura e de ampliação das bases informatizadas será o próximo passo do trabalho a ser desenvolvido. A atualização e sistematização das instituições existentes no bairro também foi outra atividade desenvolvida pelos estudantes nesse período. Eles visitaram algumas entidades ainda não conhecidas, entrevistaram lideranças e não identificaram mudanças significativas em relação ao mapeamento anterior. Neste, foram coletadas coordenadas geográficas das instituições identificadas e plotadas em uma base cartográfica, a fim de compreender como se distribuem no bairro. Esse material também será atualizado posteriormente.

Além dessas atividades que compuseram a ACC, os estudantes atuaram ainda na identificação e visita a grupos de jovens que realizam práticas artístico-culturais, esportivas e também políticas, práticas estas não vinculadas a instituições formais do bairro. Dentre os grupos visitados: dois grupos de dança: afro e contemporânea; um grupo de teatro; um oficinairo de instrumentos musicais reciclados; dois grafiteiros; um grupo de samba e outro de pagode; dois grupos de rap; um colecionador de discos de vinil que divulga o reggae e outros estilos musicais no bairro; cinco grupos de capoeira; uma escolinha de futebol para crianças; e uma associação de moradores liderada por jovens. A identificação desses grupos se deu em pouco mais de dois meses de campo e alguns desses jovens e grupos participaram amplamente dos encontros e atividades propostas pela ACC.

Parte significativa deste trabalho se deu pela participação de estudantes que, também, são moradores do bairro,<sup>5</sup> o que facilitava o trânsito dos demais e ampliava a possibilidade de acesso a algumas instituições e grupos.

---

4 No segundo semestre de 2011, alguns estudantes da ACC cursaram simultaneamente um componente curricular intitulado "Tópicos especiais em estudos da cidade", cuja temática central de discussão foi Juventude e Cidade. Com isso, puderam aprofundar teoricamente questões relacionadas ao projeto de extensão.

5 Dos 21 estudantes participantes, 5 eram moradores do bairro. Parte da seleção dos estudantes também se deu em função deste critério. Ter no projeto estudantes da UFBA que são, também, moradores de Cosme de Farias facilitou o trânsito de outros estudantes e estreitou a relação deles com o bairro e com outros jovens não universitários.

Por conta disso, mas não apenas, estavam mais perto de tudo que acontecia no bairro. Esse fato facilitou, inclusive, o acompanhamento de festas e manifestações culturais ocorridas ao longo do ano, registradas pelos estudantes através de fotografias e filmagens, entre elas: Feira de Saúde dos Terreiros de Candomblé, Lavagem do bairro de Cosme de Farias, batismo dos grupos de capoeira, Sarau no Alto do Cruzeiro,<sup>6</sup> Missão dos Freis da Igreja de Santo Antonio, apresentação do grupo de dança e teatro OlgaArte, entre outras.

Nesses eventos, encontros e bate-papos pelo bairro – espaços de fundamental importância para a criação – surge uma proposta de programa na Rádio Comunitária Copacabana.<sup>7</sup> O programa “*Luminosidades Repercussivas*” foi criado em 2006 e coordenado por um jovem do bairro, com a participação da coordenadora do projeto, como um espaço para informar sobre eventos de *rap*, divulgar os trabalhos de bandas locais e da cidade e discutir assuntos relacionados às drogas, violências, cidadania, rádio comunitária, entre outros. O programa deixou de ir ao ar nos últimos anos, mas foi resgatado nos encontros recentes como um veículo necessário para aproximar jovens e lideranças, divulgar a Agenda Cultural, discutir temas de interesse dos jovens e como mais um espaço de expressão de arte e cultura no bairro.

Entre as atividades externas ao bairro, foi possível acompanhar projetos que se desenvolvem na cidade e que poderiam vincular-se à proposta em questão, como uma visita realizada ao Sarau Bemblack.<sup>8</sup> A visita a este espaço surgiu com a finalidade de realizar um sarau no bairro, cujo objetivo foi envolver jovens e constituir um espaço permanente de cultura e lazer em Cosme de Farias. Por conta disto, estudantes e jovens do bairro visitaram o Sarau Bemblack para conhecer, articular com o idealizador da proposta uma sessão inicial no bairro e, através disto, constituir este espaço. Infelizmente, não houve tempo de realizar esse sarau ainda em 2011 e possivelmente esta será uma das primeiras atividades a ser realizada no próximo ano. Porém, interessante foi juntar jovens do bairro com os estudantes em um espaço da

6 Alto do Cruzeiro é uma das seis localidades existentes e mapeadas no bairro.

7 A Rádio Comunitária Copacabana é um espaço de trânsito, convivência, informação e de muita circulação de jovens de Cosme de Farias. Ela é uma iniciativa de um locutor de rádio que, há aproximadamente dez anos, mantém o espaço e abre para que jovens divulguem seus trabalhos e utilizem o equipamento para a realização de programas e atividades diversas.

8 O Sarau Bemblack é um evento semanal que envolve muitos jovens, poetas e músicos de rap da cidade, além de convidados externos. O Sarau ocorre todas as quartas-feiras, das 19 às 22hs, no Sankofa Bar, no Pelourinho, e é coordenado pelo professor Nelson Maca, personagem ilustre da cidade.

cidade, até então não experimentado por eles. Outro aspecto importante foi a divulgação do projeto e a possibilidade de vinculação de um ator importante para os jovens da cidade com a proposta, o que já vem acontecendo em outros bairros.

O conjunto destas atividades apresentadas até então desencadeou a produção de um evento em escola pública do bairro. Na proposta, seriam oferecidas oficinas artístico-culturais para crianças e jovens, ministradas por artesãos e/ou jovens do próprio bairro, identificados no campo. Assim, foram organizadas oficinas de grafite, rap, instrumentos musicais, dança afro, capoeira e “contação” de histórias, que seriam realizadas em um sábado pela manhã, na Escola Estadual Cosme de Farias. Os estudantes organizaram e acompanharam todo o processo de realização das oficinas. Contataram os “oficineiros”, compraram materiais diversos, divulgaram o evento em escolas e entidades, inscreveram crianças e jovens e registraram o evento. Em notas de diário de campo foi recuperado um pouco da percepção sobre o momento:

Manhã de sol em dias de chuva na cidade. Logo cedo, o contador de histórias chega com sua trupe e colore o concreto da Escola. Em seguida, vão chegando os Djs<sup>9</sup> com seus equipamentos sonoros, os grafiteiros com tintas e ferramentas, os grupos da capoeira e Jogos do Ifá<sup>10</sup> encantando o espaço. Os jovens tardam um pouco a chegar, o que nos deixa bastante temerosos. Pouco a pouco vão chegando e animando o lugar com sorrisos e gingados. Eles se distribuem pelas salas, circulam curiosos para ver o que há em cada espaço e começam a dar o tom da festa. Na verdade, mais do que oficinas, virou uma festa. O som do berimbau no pátio compartilhava com os rumores dos tambores na oficina de instrumentos reciclados. Esta mistura de sons estimula a gíngua e a dança pelos corredores da Escola, e provoca um estado de euforia e contemplação em todos nós. O grafite está surgindo na parede externa da Escola e também dá um novo colorido ao lugar. Ao final da manhã, tudo parece se misturar no pátio interno: a dança das meninas do Ifá, o pessoal da capoeira e a produção misturada de vários fazeres, tudo isto ao som da banda Leões do Rap.<sup>11</sup> (PIMENTEL, 2011, p. 10)

9 Dj é abreviação de *disk jockey*, pessoa que opera os equipamentos de som que acompanham os vocalistas das bandas de rap.

10 Jogos do Ifá é um grupo de dança afro que integra jovens entre 10 e 21 anos, moradores de Cosme de Farias. Tem como objetivo a transformação social da juventude afrodescendente. (GOMES et al., 2011)

11 Primeira banda de rap do bairro, surgida em meados da década de 1990 e que é um símbolo da resistência dos grupos juvenis no bairro.

Embora não tenha sido planejado exatamente como se deu, com muitos arranjos e costuras no meio do caminho, esse evento foi crucial para que as pessoas envolvidas (estudantes, lideranças, jovens, representantes de instituições) compreendessem de fato o objetivo do projeto. Isso apareceu nas falas dos estudantes durante a avaliação, nos olhares das pessoas no evento e nos dias que se seguiram, em conversas com participantes e pessoas envolvidas.

O evento contou com a participação de aproximadamente 90 pessoas e foi amplamente documentado, assim como outras ações realizadas no bairro, no intuito de captar imagens que subsidiem a produção de um vídeo documental sobre práticas culturais juvenis em Cosme de Farias.

## Considerações finais

O relato de experiência aqui registrado é mais sobre uma proposta em processo de construção que, de fato, sobre um trabalho finalizado, objeto de análise e avaliação. A importância deste registro, até onde ele pode ser realizado, está mais no surgimento deste projeto que no modo como ele vem se materializando. Nesse sentido, é importante ressaltar que ele nasce de uma pesquisa sobre o bairro e particularmente sobre os jovens e seus fazeres neste lugar. O projeto se sustenta em algo que foi produto de uma reflexão prévia sobre uma dada realidade. Portanto, a história de surgimento desta ACC, seu enraizamento teórico-metodológico e os pressupostos que permitiram sua constituição é que, de algum modo, possibilitaram relatar essa experiência ainda tão preliminar, mas já fecunda enquanto possibilidade.

A construção desta proposta não se dá sem incertezas, conflitos e experimentação. Como proposta interdisciplinar, porque se faz da conexão de conhecimentos, práticas e mundos distintos na criação de algo novo, ela é bastante ousada e exige flexibilidade de todos os envolvidos: estudantes, jovens e lideranças do bairro, coordenador e organizações envolvidas.

Durante a avaliação, os estudantes questionaram sobre o excesso de reuniões de planejamento e escassez de ações desenvolvidas. Porém, é necessário salientar que o objetivo central deste projeto não é realizar ações de intervenção no bairro indiscriminadamente. Os espaços de práticas deverão ser constituídos no processo de envolvimento e criação experimentado pelas pessoas do lugar. A proposta foi idealizada no intuito de gerar algo que possa ser erguido e apropriado por todos.

## Referências

- AUGÉ, M. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004. (Coleção travessia do século).
- BUCHOLTZ, M. Youth and cultural practice. *Annu. Rev. Anthropology*, n. 31, p. 525-52, 2002.
- BUCHOLTZ, M. et al. *Reinventing identities: the gendered self in discourse*. New York: Oxford University Press, 1999.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. v. 1.
- GOMES, C. et al. *Dança afro: uma questão de identidade*. 2011. Trabalho acadêmico de conclusão da disciplina Tópicos Especiais em Estudos da Cidade: juventude e cidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Mimeografado.
- MAGNANI, J. G. C. O circuito dos jovens urbanos. *Tempo social: revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 173-205, nov. 2005.
- \_\_\_\_\_. Transformações na cultura urbana das grandes metrópoles. In: MOREIRA, A. *Sociedade global: cultura e religião*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- MAGNANI, J. G. C.; SOUZA, B. M. (Org.). *Jovens na metrópole: etnografias de circuitos de lazer, encontro e sociabilidade*. São Paulo: Terceiro Nome, 2007.
- PAIS, J. M. Buscas de si: expressividades e identidades juvenis. In: ALMEIDA, M. I. M.; EUGENIO, F. (Org.). *Culturas jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Culturas juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1996.
- PAIS, J. M.; BLASS, L. M. S. (Org.). *Tribos urbanas: produção artística e identidades*. São Paulo: Annablume, 2004.
- PIMENTEL, A. M. *Notas de diário de campo*. 2011. Atividade Curricular em Comunidade “Espaços de práticas, sociabilidades e produção de sentidos em Cosme de Farias”. IHAC/UFBA, Salvador, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Práticas culturais dos jovens: um novo olhar sobre os jovens no campo da saúde*. 2009. 218 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- \_\_\_\_\_. Sentidos e significados de práticas juvenis em um bairro da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Etnográfica*, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 31-51, fev. 2012.
- SANTOS, J. T. *Os candomblés da Bahia no século XXI*. [2008?]. Disponível em: <[http://www.terreiros.ceao.ufba.br/pdf/Os\\_candombles\\_no\\_seculo\\_XXI.pdf](http://www.terreiros.ceao.ufba.br/pdf/Os_candombles_no_seculo_XXI.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA(UFBA). Pró-Reitoria de Ensino da Graduação. *Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares*. Salvador: [S.n.], 2008.

VELHO, G. (Org.). *Antropologia urbana: cultura e sociedade no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Org.). *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

WENGER, E. *Comunidades de prática: aprendizagem, significado e identidade*. Barcelona: Paidós, 2001.

# A participação dos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no “Permanecer SUS”

---

Maria Constantina Caputo  
Renata Meira Veras  
David Velanes de Araújo  
Claudineia Galvão da Cruz  
Karla Guedes de Azevedo Hegouet

## Introdução

O modelo de formação que predomina na educação superior no Brasil caracteriza-se principalmente pela reprodução de uma concepção fragmentada do conhecimento, pelo viés disciplinar na graduação e ensino orientado para a formação profissional, com reduzido incentivo à plena formação cidadã, artística e científica. (BRASIL, 2010a)

Mais especificamente na área da saúde, o modelo vigente adota uma concepção pedagógica transmissora de conteúdos, pautada no diagnóstico e tratamento de doenças, com ênfase na tecnificação do cuidado. O ensino de graduação na área da saúde, tal como exercido na maioria das instituições, não tem contribuído, dessa forma, para uma orientação integradora entre ensino, trabalho e cidadania. (PINHEIRO et al., 2005)

Tendo em vista a necessidade de reestruturação desse modelo de formação, como também em decorrência do movimento de reorientação das modalidades de atenção impulsionadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) observa-se o surgimento de demandas e pressões para que se formem profissionais em uma perspectiva interdisciplinar, dotados de competências amplas capazes de dar conta das múltiplas dimensões do processo saúde-doença e qualificado a trabalhar em equipes multiprofissionais, voltadas à garantia da integralidade do cuidado.

Nessa perspectiva, foi criado o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI), parte do projeto de implantação dos Bacharelados Interdisciplinares na UFBA, com os quais se pretende renovar o ensino de graduação, compatibilizando a arquitetura acadêmica da UFBA com modelos de educação superior compatíveis com o mundo contemporâneo. (FERNANDES et al., 2007; ROCHA et al., 2013)

O projeto político pedagógico do BI em Saúde (TEIXEIRA; COELHO, 2013) contempla a possibilidade de o estudante engajar-se diretamente em atividades de extensão, incluindo estágios nos serviços de saúde. Desse modo, estimula a produção de conhecimentos e a aquisição de habilidades gerais e específicas, particularmente as de promoção e educação em saúde, bem como a de mobilização e participação dos estudantes em processos coletivos de criação de ambientes e condições saudáveis de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, o projeto pedagógico do BI em Saúde encontra-se em sintonia com várias propostas de mudança do modelo de atenção que vem sendo implementadas no Sistema Único de Saúde, notadamente aquelas incluídas na Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b, 2010b), na Política Nacional de Promoção da saúde (BRASIL, 2010b) e nas atividades voltadas ao desenvolvimento da Gestão Participativa no SUS, nos espaços institucionalizados das Conferências e Conselhos de Saúde. (CARVALHO, 1995; CORTES, 2009)

Durante o processo de implantação do curso, várias atividades de pesquisa e extensão foram desenvolvidas por docentes e alunos, sendo uma delas o estágio no “Permanecer SUS”, estratégia da Política Estadual de Humanização implementada pela Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), em formato de estágio não-obrigatório, com foco na humanização, promoção e educação em saúde, que vem sendo desenvolvida desde o ano de 2008 em vários estabelecimentos da rede de serviços estadual.

Este capítulo tem como objetivo relatar e analisar essa experiência, tendo sido elaborado a partir da sistematização dos registros efetuados pelos alunos e professores do BI em Saúde que participaram do estágio em 2011. Inicialmente, apresenta-se uma breve caracterização da proposta do “Permanecer SUS”, enquanto uma estratégia de ensino-aprendizagem em saúde e, em seguida, descreve-se o desenvolvimento do estágio, apresentando as questões suscitadas pela vivência coletiva dos alunos e docentes envolvidos.

## O “Permanecer SUS”

O Permanecer SUS é um programa desenvolvido pela Direção de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGETS), órgão da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Esse programa foi elaborado com a finalidade de atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b), especificamente no que se refere à organização do acolhimento aos usuários dos serviços de atenção à urgência, emergência e maternidades da rede SUS.

O acolhimento, segundo a PNH, contempla a escuta qualificada, identificação e pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço através do acionamento da rede interna e/ou externa. Tal Política respalda o Programa por entender o acolhimento como a

recepção do usuário desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2004b, p. 35)

Na origem da proposta do Permanecer SUS, encontram-se os interesses do então Secretário de Saúde da Bahia e do Reitor da UFBA em estabelecerem uma parceria, de modo a viabilizar a inserção de estudantes da área de saúde no SUS, desenvolvendo atividades que não exigem a qualificação profissional, atividades estas remuneradas sob a forma de bolsa de estágio. Com isso, obteve-se uma potencialização do programa “Permanecer UFBA”, iniciativa da Superintendência de Assistência Estudantil, preocupada, por sua vez, com a criação de condições para a manutenção dos alunos nos cursos, principalmente os que ingressaram na UFBA pelo sistema de cotas e os que atestem encontrar-se em situação de vulnerabilidade sócio-econômica.

O Permanecer SUS utiliza a comunicação como tecnologia leve para atender às necessidades do usuário na instituição, orientando-o de forma responsável para a busca de atendimento na rede externa ou ambulatorial do SUS, atendendo assim à proposta da integralidade que consta na Política de Humanização. As tecnologias leves usadas pelos estagiários são as interações profissional/paciente, nas quais se utiliza a comunicação como principal meio de atendimento, contrapondo-se às duras, que são executadas

através de tecnologias (aparelhagens) para o atendimento à saúde. Partindo desse princípio, Merhy (2002) destaca que essa tecnologia produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente, demonstrando o quanto é útil esse incremento para as práticas de saúde.

O Permanecer SUS começou a ser implantado no ano de 2008, com o objetivo de organizar o acolhimento aos usuários do Sistema Único de Saúde que chegam às emergências e urgências dos hospitais e maternidades públicas de Salvador, por vezes em um momento de angústia, dor e incerteza com relação à natureza do seu problema e da melhor forma de solucioná-lo. (BAHIA, 2008)

Nesse sentido, o papel dos alunos que acolhem esses usuários é realizar uma escuta qualificada de suas queixas para, a partir daí, mobilizar os profissionais de saúde para dar resolutividade às demandas. Através da escuta qualificada, os estagiários devem desenvolver a capacidade de compreender os usuários a partir de seus limites socioeconômicos, aspectos culturais, fragilidades psicológicas, bem como os profissionais de saúde com seus limites e suas condições de trabalho.

Desse modo, é necessário que os estagiários conheçam o perfil de oferta da unidade onde estão realizando o estágio, para assim orientar os usuários para procurarem os serviços adequados às suas necessidades e demandas, quanto é necessário que os estagiários conheçam os serviços oferecidos pela rede municipal e estadual do SUS em Salvador, de modo a poder orientar os usuários a procurar os serviços que precisam.

A formação da equipe do Permanecer SUS inclui estudantes dos cursos de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia e do Bacharelado Interdisciplinar, que estão cursando do 4º ao 7º semestre do seu curso e estejam devidamente matriculados. A inscrição dos alunos interessados no estágio é feita na Superintendência de Assistência Estudantil da UFBA, que analisa os pedidos com base nos critérios definidos pelo Permanecer UFBA.

Uma vez atendidos tais critérios, os selecionados são encaminhados à equipe da DGETS, que procede a uma capacitação seletiva, de 24 horas, cujo conteúdo abrange informações gerais sobre o SUS, sua história, princípios e diretrizes, informações específicas sobre a organização e a gestão do SUS na Bahia e em Salvador e os princípios e diretrizes da Política de Humanização, enfatizando-se as atividades que eles devem desenvolver no estágio.

Nesse aspecto, cabe ressaltar que são desenvolvidas dinâmicas de grupo com o propósito de identificar competências e habilidades dos alunos que podem vir a ser utilizadas no processo de acolhimento aos usuários. Aqueles que demonstram capacidade de liderança, habilidade para a escuta, sensibilidade, criatividade, dentre outras, são novamente selecionados e passam a integrar a equipe definitiva do estágio.

Os estagiários firmam um contrato de trabalho com a SESAB, cuja duração é de seis meses, podendo ser renovado até um ano, passando a receber uma bolsa auxílio de R\$350,00 por mês, além do adicional para gastos com transporte. A carga horária semanal de trabalho é de 20 horas, sendo que 16 horas devem ser cumpridas no serviço hospitalar onde o estagiário for lotado e 4 horas devem ser dedicadas à participação em atividades de Educação Permanente.

As atividades nos serviços são supervisionadas por preceptores do próprio Hospital, escolhidos pela equipe da DGETS, e também por técnicos da própria DGETS, que participam do programa. Vale destacar que, em princípio, não se incluem como supervisores docentes das unidades acadêmicas da UFBA, sendo este um estágio não obrigatório. Porém, duas docentes da equipe do BI em Saúde transformaram essa atividade em um projeto de extensão e, com isto, passaram a supervisionar *in loco* as atividades desenvolvidas pelos estudantes.

## O desenvolvimento do estágio

Inicialmente foram incluídos no Permanecer SUS, em 2010, 35 alunos do BI em Saúde, dos quais 20 ingressaram imediatamente e 15 permaneceram na lista de espera, sendo incorporados ao programa em 2011. Concluído o primeiro semestre do estágio, a maioria permaneceu vinculada ao programa, completando um ano no Permanecer SUS.

As vagas abertas pelos que saíram foram imediatamente ocupadas por outros alunos do BI, o que implicou na participação até o momento de 54 alunos, dos quais 24 completaram o estágio, 14 destes por 6 meses e 10 por um ano. Atualmente 30 alunos continuam participando do estágio, que será concluído durante o ano de 2012, dando lugar a novos estagiários.

Considerando-se o total de estagiários que o programa recebe a cada semestre, cabe ressaltar o grande percentual provindo do BI em Saúde. Em 2010, por exemplo, 98 alunos provinham dos demais cursos de graduação

na área de Saúde enquanto que do BI ingressaram 35 (20 + 15) o que revela o grande interesse despertado pela proposta entre os alunos do curso.

O conjunto dos estagiários tem sido distribuído pela coordenação do programa em várias unidades hospitalares do município. Os alunos do BI em Saúde foram lotados em dois hospitais gerais, o Hospital Roberto Santos, no Cabula, e o Hospital Geral do Estado (HGE), na Vasco da Gama, em duas maternidades – Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), em Brotas e João Batista Caribé, no Subúrbio Ferroviário, e em uma unidade de pronto atendimento no bairro de Curuzu. Todas essas unidades, à exceção do HGE, localizam-se em bairros periféricos do município de Salvador, distando do campus universitário da UFBA, em Ondina, sede do curso.

A equipe alocada em cada unidade foi composta por alunos de diversos cursos, entretanto, nem todos tiveram a possibilidade de conviver e trabalhar numa perspectiva interdisciplinar face aos usuários acolhidos, por conta da distribuição dos turnos de trabalho das equipes. Como o curso do BI em Saúde é vespertino e noturno, os estagiários do BI foram alocados no turno matutino. A grande maioria dos estagiários dos outros cursos, entretanto, comparece às suas atividades acadêmicas na UFBA pela manhã, sendo portanto alocados nos hospitais no turno vespertino. Se por um lado isso limitou a convivência dos estagiários do BI com outros alunos dos cursos profissionais, por outro implicou em um maior volume de trabalho e de experiência, na medida em que o fluxo de pacientes a essas unidades é bem maior pela manhã.

O desenvolvimento das atividades propriamente ditas seguiu, em linhas gerais, o planejamento estabelecido pelo programa. Desse modo, os estagiários realizavam, cotidianamente, o acolhimento (AC); a escuta qualificada (EQ); orientação dos usuários quanto à disponibilidade dos serviços da rede externa e/ou interna do hospital, mobilizando os profissionais da rede interna para atendê-los. Além disso, faziam acompanhamento de casos após a realização do acolhimento com os usuários e seus acompanhantes, até que cada demanda fosse efetivamente resolvida. Após todo esse processo, registravam cada caso no livro de ocorrência, que fica disponível em uma sala própria ocupada pelos estudantes. Nesse mesmo ambiente, eram realizadas as discussões de casos e orientações tanto por parte da preceptoria local, quanto da supervisão da SESAB quando fazia suas visitas.

Cabe ressaltar que os estagiários do BI recebiam também a supervisão das docentes do curso, ocasião em que se discutia não só aspectos operacionais

do trabalho que eles estavam realizando, senão que também dificuldades enfrentadas por cada um na relação com os usuários e, principalmente, com os profissionais e trabalhadores dos diversos serviços hospitalares. Os encontros com as supervisoras funcionaram como espaço de problematização das condições de trabalho dos profissionais da rede e da sua compreensão acerca do papel dos estudantes nos serviços. Com isso, buscava-se identificar estratégias para superar a dificuldade observada em alguns estudantes que se sentiam impotentes diante das resistências dos profissionais às suas demandas, ao tempo em que se problematizava a cultura organizacional, a inércia burocrática, o descompromisso de alguns trabalhadores do SUS.

## Considerações finais

A análise da experiência vivenciada pelos estudantes no Permanecer SUS permite o levantamento de algumas questões e comentários, as quais estão embasadas em depoimentos e reflexões realizadas pelos docentes envolvidos.

Em primeiro lugar, cabe assinalar a compreensão que se construiu no processo, acerca do papel que os estagiários ocupam no espaço do programa. Segundo vários depoimentos, “*as relações entre eles, os usuários e os profissionais dos serviços devem ser pautadas no respeito mútuo.*”

Nesse sentido, o desempenho do estagiário do Permanecer SUS é visto como diretamente ligado à ética das relações interpessoais. Como atesta um dos alunos que participaram desse processo,

*não existem fórmulas perfeitas, mas tem que haver um desejo de estar naquele espaço, com aquelas pessoas e naquele momento, pois este desejo será a mola propulsora que permitirá sua permeabilidade nos diversos setores dos hospitais e fará com que seu poder argumentativo seja mais forte que a frequente negação de alguns profissionais, e isto se converterá em soluções para as demandas dos usuários e/ou seus acompanhantes.*

De fato, a forma como os estagiários interagem com a equipe profissional e com os diversos setores da unidade é determinante do sucesso das suas ações, ou seja, da resolução das demandas dos usuários e seus familiares ou acompanhantes.

Em segundo lugar, cabe ressaltar que tais demandas podem estar claras (ou não) para os usuários, em função do seu grau de conhecimento acerca



do processo saúde-doença e dos serviços a que têm direito. Segundo o depoimento dos estudantes, “*pode ser que os próprios usuários não solicitem ajuda*”, cabendo, portanto, a eles identificarem as demandas não explícitas, ou, em outras palavras, as necessidades não manifestas. A identificação de uma demanda sem fala expressa do usuário/paciente é um ato delicado, que depende muito da sensibilidade, empenho e compromisso de cada um em dar o melhor de si para o outro.

Outro aspecto a ser analisado diz respeito à contribuição específica do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde a um processo dessa natureza. Os alunos do BI em Saúde, inseridos no Permanecer SUS, por serem oriundos de um curso com visão interdisciplinar, encontram talvez maior possibilidade de relacionar o conhecimento adquirido no curso com a prática do acolhimento. Além disso, o encontro e o trabalho com os demais estagiários de cursos de progressão linear também favorece o trabalho interdisciplinar.

Nessa perspectiva, cabe destacar também a contribuição do Permanecer SUS ao processo de mudança no modelo de formação em saúde. Ao propor a interdisciplinaridade e a integralidade na escuta, como estratégia de trabalho, esse programa possibilita aos estagiários articular o trabalho com o processo educativo, tornando possível o desenvolvimento de uma visão interdisciplinar e crítica acerca do campo de trabalho nos futuros profissionais e trabalhadores de saúde. (MORAIS et al., 2010)

Mudanças duradouras e profundas, entretanto, demandam políticas públicas operando no sentido de estimular os futuros profissionais a refletirem acerca de seu papel enquanto trabalhadores da saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2008) O próprio profissional deve ser considerado, assim, elemento fundamental de qualquer estratégia produzida com o objetivo de proporcionar a transformação de práticas.

O programa Permanecer SUS atua nessa direção, colocando o estudante frente à realidade dos princípios do SUS, permitindo espaços de reflexão acerca dos limites e possibilidades das práticas de acolhimento. O acolhimento, de fato, só pode ser realizado em sua íntegra se houver permissão a esse encontro de subjetividades, muitas vezes separadas por barreiras sócio-econômicas e culturais. É nesse encontro que se pode compartilhar os muitos saberes existentes sobre a complexidade do ser e do viver humanos, dando visibilidade aos direitos e deveres de todos em relação à saúde.

## Referências

- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. Programa Permanecer SUS. Salvador: [S.n.], 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. *Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares*. Brasília: [S.n.], 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 3 jul. 2010.
- \_\_\_\_\_. *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAN: FASE, 1995. 136 p.
- CORTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-33, jul. 2009.
- FERNANDES, J. D. et al. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 41, p. 830-834, 2007. Edição especial.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MORAIS, F. R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-saúde em Mossoró, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 442-9, 2010.
- PINHEIRO, R. et al. *A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde*. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: [S.n.], 2005.
- ROCHA, M. N. D. et al. Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D. (Org.) *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: [S. n.], 2013. No prelo.

TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T.A. D. A Construção do Projeto Político-Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D. (Org.) *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: uma experiência inovadora no ensino superior*. Salvador: EDUFBA, 2013.

# Atividade curricular em comunidade: graduandos vivenciando a realidade social da população em situação de rua

---

Renata Meira Veras  
Gezilda Borges de Souza  
Daisy Guerra Kitaoka  
Brian Teles Fonseca de Macêdo  
Vitória Ferreira Barreto

## Introdução

Conforme o Artigo 207 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o ensino, a pesquisa e extensão representam o eixo fundamental da universidade brasileira e não devem ser dissociados. Sendo assim, “a extensão universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a universidade e a sociedade.” (BRASIL, 2002, p. 5)

Portanto, os projetos de extensão, vistos como uma das formas de aprendizagem, devem contribuir para a implementação dos quatro pilares da educação contemporânea: aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer. (MORIN, 2000) Compreende-se, assim, que as atividades de extensão universitária, preocupadas com a formação cidadã dos graduandos e a transformação social do país, têm uma relação de compromisso social, político e científico com a sociedade, especialmente com aqueles que não tiveram acesso a esta instituição.

Freire (2006) afirma que a extensão, em sua fase inicial, apresentou-se como um momento autoritário da universidade, que, desconhecendo a cultura e o saber popular, apresentava-se como detentora de um saber absoluto,

superior e redentor da ignorância. Entretanto, percebe-se que esta visão foi se modificando e, na contemporaneidade, a extensão vem buscando atrelar a formação acadêmica aos problemas reais da sociedade. Compreende-se que a troca de experiências e de conhecimento contribui para a aprendizagem tanto dos estudantes quanto dos sujeitos de diversos grupos sociais. Assim, a visão autoritária imposta pelo saber universitário perde sua legitimidade agregando uma relação mútua de troca de saberes.

O ensino, a pesquisa e a extensão fazem parte das três funções da universidade, sendo que esta última é a mais recente e, por isto, necessita de maiores estudos. Percebe-se que a maioria das pesquisas sobre a área de extensão não foca a prática dos seus projetos na interação com a sociedade e nos atores envolvidos. O que se estuda, muitas vezes, é a construção sócio-histórica da extensão, atrelada ao desenvolvimento das universidades ao redor do mundo, mas ainda não existem pesquisas aprofundadas sobre as repercussões destas atividades nos sujeitos que a constroem.

As diretrizes curriculares universitárias têm incentivado a implementação de contextos de aprendizagem diversificados; deste modo, o desenvolvimento de práticas comunitárias tem sido progressivamente valorizado. A Universidade Federal da Bahia (UFBA) desenvolve um programa de extensão denominado Atividade Curricular em Comunidade (ACC), que consiste em contribuir na formação acadêmica dos estudantes envolvidos através de sua aproximação com a realidade social. No Manual que contempla as diretrizes da ACC, esta é definida como “uma proposta educativa, cultural e científica, desenvolvida por professores e estudantes da UFBA, em parceria com grupos comunitários, articuladora de ensino/pesquisa e sociedade.” (UFBA, 2004, p. 2)

Assim, com a metodologia interdisciplinar utilizada no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), que oferece aos estudantes uma rede integrada entre os campos de saber, é imprescindível um aprofundamento acerca das práticas extensionistas para uma maior compreensão das suas propostas e potencialidades, desvelando suas características integradoras, emancipadoras, em seu papel na formação continuada dos docentes e discentes e na sua influência sobre os atores sociais envolvidos.

Este capítulo tem o objetivo de apresentar e discutir uma Atividade Curricular Comunitária desenvolvida pelo Bacharelado Interdisciplinar em Saúde do IHAC entre março e dezembro de 2011, junto à população em situação

de rua atendida pelo Projeto “Levanta-te e Anda”, localizado no Centro de Salvador-BA.

## Contextualização da comunidade atendida

Historicamente constata-se a presença de indivíduos à margem da sociedade, sendo que, com o passar das décadas, este número começou a ganhar uma expressão significativa. No Brasil, verificou-se uma correlação do aumento desta população com o período que ocorreu na metade do século XX, principalmente com a abertura de mercado proporcionada no governo de Juscelino Kubitschek. (ANTUNES, 2005)

A procura por trabalho com carteira assinada, seguridade social, escolas e hospitais levou diversas pessoas a migrarem para os grandes centros urbanos, pois os mesmos continham inúmeras fábricas e indústrias as quais demandavam a contratação de operários. (RIBEIRO, 2002)

Dentro dessa ótica capitalista, a partir do século XX as organizações sociais, econômicas, políticas e culturais das sociedades passaram a ser mais heterogêneas. Conseqüentemente, essas sociedades, marcadas historicamente por processos de segregação, separam-se em grupos a partir de diferenças raciais, concentrações de renda, desarranjos socioculturais e interesses políticos e econômicos. A inter-relação de tais fatores tende, assim, a gerar contextos que beneficiam segmentos populacionais em detrimentos de outros. Essas disparidades possibilitam o surgimento de populações à margem, não só das relações socioeconômicas, mas de aspectos que são considerados essenciais para a manutenção da integridade e respeito ao que se considera direito de todo ser humano.

Nesse contexto, observa-se cada vez mais a emergência de pessoas vulneráveis à situação de rua nos grandes centros urbanos. As condições de vida da população em situação de rua ainda são pouco conhecidas no Brasil. De forma geral, as pesquisas oficiais do Governo deixam de considerar esses indivíduos em suas estatísticas por não possuírem um endereço fixo. Isso pode ser justificado, principalmente, pelas complicações conceituais e metodológicas que envolvem definir e mensurar esse segmento populacional.

A população em situação de rua é definida como o seguimento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos

de viaduto, em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Acrescenta-se a esse grupo também aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais. (BRASIL, 2008)

A partir da articulação de movimentos sociais em favor da população em situação de rua, na década de 1990, este grupo vulnerável adquiriu visibilidade, surgindo o primeiro marco regulatório através do Decreto Federal que criou a política nacional sobre a população em situação de rua publicada, no final de 2009, bem como tomaram corpo várias ações e iniciativas governamentais e de entidades não governamentais em busca de melhoria nas condições de vida dos moradores de rua.

Vale ressaltar que existem outros motivos diretos e indiretos que corroboram para a inserção do indivíduo no contexto das ruas. Dentre os principais destacam-se: questões econômicas, deficiências e patologias diversas, como por exemplo, doenças mentais, utilização de drogas e problemas relacionados ao núcleo familiar. Para Ribeiro (2002), grande parte dos moradores de rua encontra-se nesta situação principalmente com relação às dificuldades no núcleo familiar, violências domésticas, receio de abusos sexuais, motivos relacionados às drogas e às doenças mentais.

Outro ponto importante a se destacar refere-se à exclusão social que acompanha os moradores de rua. A sociedade é composta por fragmentações hierárquicas, onde determinadas partes se sobressaem e ofuscam as demais. Isso acarreta uma desigualdade social aumentando significativamente a disparidade que vai desde a questão econômica até o reconhecimento enquanto sujeito social.

Logo, este sujeito se torna o que muitos autores nomeiam como seres invisíveis. Isso porque os mesmos desaparecem do cenário social, do discurso da população e são esquecidos pelo Estado, que utiliza as políticas públicas como estratégias para reforçar o abandono com alguns projetos assistencialistas.

Mediante essa problemática, despertou-se a necessidade de uma reflexão que integrasse a academia com a realidade dos moradores em situação de rua na cidade de Salvador. Assim, discentes e docentes da UFBA elaboraram um projeto de ACC com o intuito de aprofundar estudos e vivências acerca desta temática, apresentados a seguir.

## Ações Interdisciplinares para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos moradores em situação de rua atendidos no Projeto “Levanta-te e Anda”

A ACC denominada Ações Interdisciplinares de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida da População em Situação de Rua do Centro Histórico de Salvador foi desenvolvida durante o ano de 2011, dentro do “Projeto Levante-te e Anda”. Essa ACC aborda questões relacionadas ao processo saúde-doença, assim como implementa ações interdisciplinares de promoção da saúde e prevenção de doenças para esses indivíduos em situação de rua, possibilitando-lhes caminhos para o desenvolvimento de pensamentos críticos em direção à qualidade de vida.

A ACC passou a integrar a um projeto já existente, denominado “Projeto Levante-te e Anda”, desenvolvido na Igreja São Francisco de Paula, situada no bairro Água de Meninos, Cidade Baixa. O Projeto funciona como um espaço de acolhimento diurno para a população em situação de rua, em sua maioria composta por sujeitos do sexo masculino em idade produtiva, vitimada pela exclusão social.

Para acolher essa população e desenvolver atividades, o projeto possui uma equipe composta por sete (7) funcionários, sendo que alguns são ex-moradores de rua. No turno vespertino são oferecidos alguns serviços que são desenvolvidos em dias específicos: banho, corte de cabelo, lavagem de roupa por eles mesmos, assistência básica para os primeiros socorros, palestras e jogos educativos, encaminhamentos para regularização de documentos pessoais, albergues ou centro de recuperação e serviços de saúde.

Após firmar parceria com o “Projeto Levante-te e Anda”, a coordenadora do projeto, juntamente com a coordenadora e a monitora da ACC elaboraram um plano de atividades a serem desenvolvidas nesse local. Foi nesse espaço que os graduandos da UFBA desenvolveram as atividades interdisciplinares em conjunto com os funcionários do projeto e a população em situação de rua. Para o desenvolvimento dessas atividades, a equipe foi subdividida de modo a atender os cinco dias úteis da semana, pois em cada dia as atividades possuem um foco diferenciado, na tentativa de atingir seus objetivos. Vale salientar que essa prática já fazia parte da rotina do próprio projeto.



## A vivência dos graduandos da UFBA na ACC

O Projeto extensionista “Ações Interdisciplinares para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos moradores em situação de rua atendida no Projeto Levanta-te e Anda” foi desenvolvido durante os dois semestres de 2011 por uma equipe composta pela docente-coordenadora e 22 graduandos de diversos cursos da UFBA. Desses graduandos, quatorze (14) eram matriculados neste ACC como componente curricular, quatro (4) atuavam voluntariamente, dois (2) eram bolsistas da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (PROAE) e um (1), monitor.

A equipe foi dividida conforme as aptidões e horários disponíveis. Assim, em todos os dias úteis da semana três ou quatro alunos participavam do projeto, coordenado pela docente e supervisionado pela monitora ou por uma das bolsistas, desenvolvendo as atividades programadas em parceria com os frequentadores do projeto.

No primeiro momento foi feita uma reunião com todos os graduandos na própria comunidade e, a partir disto, durante duas semanas foram feitas observações, iniciando-se a participação nas atividades realizadas. A presença dos alunos despertou curiosidade e expectativas por parte da população de rua, ocasionando novas demandas relacionadas às atividades desenvolvidas. Entretanto, outros demonstraram desconfiança sobre os objetivos propostos pelo grupo e resistiram no desenvolvimento do trabalho. Vale ressaltar que esse quadro foi se alterando com o passar do tempo através do diálogo, sendo proposto por esta população a ludicidade como estratégia no desenvolvimento das ações.

Sendo o foco do trabalho as atividades interdisciplinares para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, foram articuladas ações que envolvessem tanto os aspectos relacionados à promoção da saúde quanto à construção de estratégias de prevenção e proteção contra enfermidades. Para isso, foram utilizados vários recursos: rodas de conversa, momentos de escuta, leitura dramática, música, artesanato, filme e vídeos sempre com debate no final, yoga, teatro e dramatizações, brincadeiras, jogos coletivos e dinâmicas de grupo.

Conforme Saraiva (2007, p. 223):

[...] a prática da extensão universitária deve resultar em democratização do conhecimento acadêmico; instrumentalização do processo

dialético teoria e prática; promoção da interdisciplinaridade; participação efetiva da comunidade na atuação da universidade; visão integrada do social.

Antes de se iniciar as atividades, era aberto um espaço para que os usuários manifestassem suas opiniões e desejos relacionados ao planejamento. É importante destacar que nesse espaço surgiram demandas de reforço escolar, principalmente em Língua Portuguesa e nas operações matemáticas básicas, e também no processo de alfabetização. Então, a partir dessas sugestões, no segundo semestre um graduando com experiência em alfabetização iniciou o processo de reforço escolar com alguns usuários do projeto.

Freire (1967) pontuou que antes de começar uma atividade com grupos populares é preciso se desprender dos aprendizados anteriores e construir um novo saber contextualizado com as necessidades destes sujeitos. Com base nisso, a equipe se propôs a exercer este processo de autonomia legitimando a sabedoria desta população. Dessa forma, o aprendizado partia sempre das questões cotidianas dos moradores de rua, tanto para treinar a fonética da palavra quanto para avançar na escrita.

## **Desenvolvimento das atividades durante a semana**

Todas as atividades desenvolvidas eram planejadas previamente e encaminhadas à equipe do projeto para conhecimento prévio e sugestões. Um dos desafios dessas ações foi dar continuidade às ações propostas devido à grande heterogeneidade da população e à falta de assiduidade do grupo. No entanto, a equipe mostrou-se hábil prevendo alterações nos trabalhos preestabelecidos, oportunizando novas estratégias para melhor operacionalidade, mesmo com estas problemáticas.

Nas tardes das segundas-feiras, eram desenvolvidas atividades pedagógicas, objetivando a ampliação e promoção de novos conhecimentos tanto para a comunidade como para os graduandos, o que oportunizava um intercâmbio entre culturas, que são norteadas por influências distintas. Por um lado, saberes regidos pela academia; do outro, saberes que provêm da experiência dos moradores em situação de rua. A construção dos temas foi oriunda dos graduandos e moradores em situação de rua e serviram para abrir espaços nos quais os usuários falaram de suas vivências nas ruas.

Nas terças-feiras eram desenvolvidas oficinas artesanais visando à atuação em grupo e o estabelecimento de relações interpessoais. Essas atividades possibilitaram a troca de experiências dos participantes do projeto entre si e com os integrantes da ACC. Vale salientar que os artesanatos foram produzidos a partir de materiais recicláveis, como caixas de leite (confecção de vasos), suco, garrafas plásticas, latas de alumínio, entre outros, pois a própria condição de rua facilitava a obtenção destes materiais.

Durante a confecção das peças artesanais era praticado o exercício do diálogo e principalmente a escuta. Percebeu-se que aquela população não mantinha, em muitos casos, vínculos familiares e afetivos, o que fortalece a necessidade de ser ouvida. Com isso, houve um fortalecimento da condição de humano, bem como a elevação da auto-estima dos moradores de rua.

Nas quartas-feiras as atividades eram voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida, focando nas ações educativas para prevenção de doenças de alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, queimadura, saúde bucal, entre outras. Entretanto, antes das discussões dos temas, passavam-se filmes escolhidos por eles e pela equipe do ACC objetivando construir debates acerca da proposta do dia.

As atividades de quinta-feira eram direcionadas à espiritualidade. Iniciava-se com a prática de *yoga* e relaxamento corporal. Os temas discutidos eram escolhidos em conjunto. Portanto, através de textos reflexivos, músicas e dinâmicas, os encontros promoviam o resgate da auto-estima, identidade, valorizando a subjetividade de cada um, aumentando a confiança entre membros, possibilitando possíveis transformações.

As atividades das sextas-feiras eram livres, pois este dia era dedicado ao lazer, necessário também para a promoção da saúde. Nesse dia a música apresentou-se como uma ferramenta recorrente e eficaz para a aproximação entre os grupos. Percebeu-se que eles também gostavam das atividades com jogos que envolviam interação e dramatizações, o que favoreceu posteriormente o surgimento do teatro do oprimido.

## Considerações finais

Percebemos que, através da convivência e da troca de conhecimentos entre universidade e sociedade, os graduandos passam a ter uma visão mais ampla dos

fenômenos sociais para poderem refletir sobre as intervenções nestes contextos e lidar com as diferenças. Assim sendo, as atividades curriculares em comunidade são imprescindíveis para a contribuição na formação cidadã dos acadêmicos, contribuindo para que se tornem sujeitos críticos, atuantes e reflexivos.

Compreendemos que se faz necessário que os graduandos se tornem sujeitos responsáveis e comprometidos com as transformações da sociedade visando à supressão da miséria, à redução da desigualdade e à melhoria da qualidade de vida. Cabe à Universidade também incentivar e despertar nos graduandos o desejo para buscar novos conhecimentos como sujeitos ativos, instigantes e curiosos, tanto através do ensino, como da pesquisa e da extensão.

Atividades de extensão, tal como as ACC, podem desenvolver tanto nos graduandos quanto nas comunidades atendidas resultados que podem determinar seu modo de estar e de fazer no mundo profissional.

Nesta ACC, percebemos algumas mudanças importantes. Nas falas dos graduandos pudemos perceber o quanto a visão inicialmente estigmatizada acerca dessa população foi cedendo lugar à capacidade de compreensão acerca dos fatores sócio-históricos que influenciaram na situação de rua. Também percebemos que a capacidade de escuta qualificada se desenvolveu desde o início do processo. O exercício da escuta, segundo Dias (1998, p. 154), é a primeira atitude a ser adotada junto a uma comunidade, pois “deve-se ter atenção e reconhecimento do saber próprio da população, construído com base em suas vivências e experiências diretas.” A autora esclarece ainda que se deva entender a escuta como “atenção concentrada e respeitosa” que desperta a auto-estima. Mais do que ouvir, é preciso escutar com um “terceiro” ouvido, escutar também o subjacente à fala (DIAS, 1998, p. 156) Dessa forma, este projeto permitiu uma maior permeabilidade entre os muros da universidade e a sociedade, inserindo o graduando dentro das questões contemporâneas, para que eles se tornem profissionais orientados e preocupados com o mundo real.

Por parte dos profissionais oriundos do “Projeto Levanta-te e Anda”, destacamos o aprendizado de se trabalhar em equipe, sempre direcionados a realizar um objetivo em comum, estimulando-se a interdisciplinaridade.

Por fim, os usuários do projeto, que inicialmente se mostraram relutantes em participar de algumas atividades, demonstraram um desenvolvimento de várias habilidades, entre elas a capacidade de comunicação, o artesanato por

parte de alguns, o empoderamento, engajando-se em discussões sobre política, subjetividade e questões de saúde pública, a saída das ruas por parte de alguns e a expectativa de uma vida melhor. Destacamos também a descoberta de alguns “artistas” através de poesias que permitiram o distanciamento do álcool e/ou outras drogas.

Concordamos que o ensino e a pesquisa não devem caminhar por vias distintas, fragmentados; os graduandos devem ser orientados para estudar pesquisando, refletindo e buscando novos conhecimentos. Para que isso ocorra, consideramos que os currículos devem ser bastante flexíveis para que os estudantes tenham uma multiplicidade de ofertas interdisciplinares e autonomia para fazer suas escolhas, pois, assim, terão vários olhares sobre uma temática.

As ACC têm o papel de desenvolver habilidades tanto para o estudante, futuro profissional, quanto para a comunidade atendida. Portanto, a partir dos *feedbacks* recebidos pelos atores sociais que compunham esta atividade, os resultados apontam para dois caminhos: para a nova formação do estudante pautada na interdisciplinaridade e totalmente orientada pela compreensão das problemáticas sociais contemporâneas; como também contribui para o empoderamento da população em situação de rua, de forma que favoreça sua participação na construção de políticas públicas. Essas ações apresentam-se, dessa forma, como um dos caminhos favoráveis à formação cidadã dos graduandos, atrelando a formação acadêmica aos problemas reais da sociedade.

## Referências

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: Meta Instituto de Pesquisa de Opinião: SAGI, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Plano Nacional de Extensão Universitária*. Brasília: Ministério da Educação, 2002. Edição Atualizada Brasil 2000/2001.

DIAS, R. B. Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 149-157, 1998. Suplemento 2.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

\_\_\_\_\_. *Extensão ou comunicação*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2. ed. Tradução de Catarina E. F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

RIBEIRO, F. L. *Moradores de rua na cidade do Salvador: um exemplo de exclusão social*. 2002. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano) -Universidade Salvador, Salvador, 2002.

SARAIVA, J. L. Papel da extensão universitária na formação de estudantes e professores. *Brasília Méd.*, [S.l.], v. 44, n. 3, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). *Atividade Curricular em Campo*. Salvador: UFBA, 2004. Manual impresso pela Pró-Reitoria de Extensão e Pró-Reitoria de Graduação da UFBA. Universidade Pública Compromisso Social.



# Participação dos alunos do BI em Saúde em uma roda de apoio à gestação: o Grupo Maternar

Anamélia Lins e Silva Franco

## Introdução

Este capítulo contém o relato da experiência desenvolvida por estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI em Saúde) no âmbito da Atividade Curricular em Comunidade (ACC)<sup>1</sup> HAC B77 – Ações Interdisciplinares em Saúde Materno-Infantil, durante o ano de 2011.

Trata-se de um componente realizado na Maternidade Climério de Oliveira, maternidade-escola da Universidade Federal da Bahia (UFBA), unidade que além de receber alunos dos diversos cursos profissionais da área de saúde, notadamente Medicina e Enfermagem, também tem funcionado como campo de estágio para outras formações como psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia. Atividades de estágio em Psicologia foram coordenadas pela autora do texto ao longo de vários anos na Unidade.

Uma vez inserida na equipe docente do Bacharelado Interdisciplinar, foi aventada a possibilidade de se dar continuidade ao trabalho realizado, envolvendo também alunos do BI em Saúde, especialmente os que já tivessem cursado pelo menos os três primeiros semestres do curso. Nesse sentido, a autora apresentou ao Colegiado do curso a proposta de implantar um ACC com o objetivo de inserir estudantes do BI em Saúde em uma atividade de

---

1 ACC é uma proposta educativa, cultural e científica desenvolvida por professores e estudantes da UFBA, em parceria com grupos comunitários, que articula ensino, pesquisa e sociedade. Trata-se de um componente de natureza complementar para os cursos de graduação com carga horária total de 68 horas, semestral. Um componente ACC diferencia-se pela sua proposta interdisciplinar e por isto é composto por alunos de pelo menos três diferentes cursos de graduação.



acolhimento de gestantes de alto risco, a qual, uma vez aprovada, foi implementada imediatamente.

Este texto descreve e analisa a experiência desenvolvida, contemplando três partes: a) os princípios que orientam o trabalho desenvolvido com as gestantes; b) a experiência proposta aos estudantes, às mulheres e suas famílias; c) reflexões sobre como e o que se pode avaliar da experiência realizada com vistas ao seu aperfeiçoamento e continuidade.

## **A gravidez: fenômeno complexo e delicado**

A gravidez, além de ser uma experiência de vida, que produz sentidos e significados distintos naqueles diretamente envolvidos, tem se constituído em tema de interesse e objeto de estudo no campo científico, principalmente nas Ciências da Saúde, mas também nas Ciências Sociais, Humanas e na Psicanálise. A diversidade de áreas que se interessam pelo estudo desse fenômeno já pode ser considerado um indicador da complexidade do processo e das múltiplas possibilidades de abordagem, ou seja, de produção de conhecimentos e de intervenção.

De fato, durante certo período, que pode ser considerado aparentemente longo, algo em torno de 40 semanas, ocorrem grandes transformações não somente no corpo da mulher que passa a abrigar um novo ser, mas, sobretudo, nas relações que esta mulher mantém consigo mesma e com os membros de sua família e do grupo social em que ela está inserida, transformações estas em sua maioria irreversíveis, na medida em que redefinem a subjetividade e a identidade social da mulher que se torna mãe.

É de conhecimento geral que na contemporaneidade as mulheres conquistaram uma posição diferenciada por terem ampliado significativamente o acesso aos meios de evitar a gravidez, como também por, mais recentemente, passarem a dispor da possibilidade de engravidar a partir dos procedimentos de reprodução assistida. Embora essa tecnologia ainda não esteja disponível para mulheres de todas as classes sociais, é possível pensar que, na nossa realidade, se tornará possível em breve. Como ilustração disso, podemos relatar que há alguns anos a Maternidade Climério de Oliveira atendeu uma gestante do interior do Estado que tinha ido para uma capital do sudeste fazer inseminação artificial em um hospital público e as crianças nasceram e foram atendidas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Climério.

Os fatores que fazem da gravidez uma experiência complexa são comuns a outros fenômenos: aspectos históricos, sociais, culturais, biológicos, psicológicos. Entretanto, entre esses o tempo é pouco discutido, está presente em todos. Um dos grandes desafios para as mulheres e as famílias e até para os serviços de saúde é a impossibilidade de se conhecer com exatidão e se controlar o tempo da gestação. Isso porque, por mais que se tenha desenvolvido um conhecimento científico acerca dos aspectos envolvidos na fecundação e na gestação propriamente dita, raramente se pode determinar o momento exato do início da gravidez, bem como é impossível prever o final da gestação. Tanto no início atuam fatores imponderáveis, por conta da multiplicidade de aspectos relacionados com a relação sexual em si (frequência, período, condições em que ocorre, tempo de duração de vida dos espermatozoides etc.), quanto no final, que pode ser apressado ou dilatado por uma série de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Nessas condições, nascem prematuros e pós-maturos de gestações consideradas saudáveis, mas que necessitam de cuidados especializados, gerando uma demanda adicional para os serviços de saúde e para as famílias.

Maldonado (1990) desenvolve uma análise da psicologia da gravidez na qual considera as especificidades vividas a cada trimestre. Chama a atenção para que, no primeiro trimestre, muitas mulheres e suas respectivas famílias lidam com a gravidez como fonte de dúvida e certa precaução, na medida em que a possibilidade da gravidez desperta ansiedade em torno da confirmação, o que inevitavelmente gera mudanças, que podem ser vividas como perdas e/ou ganhos com relação à vida cotidiana prévia à gravidez. Já o segundo trimestre, segundo a autora, é o período mais leve, fácil, gravidez social, quando o grupo social em que a mulher está inserida reconhece a gravidez e modifica seu comportamento em função dessa nova situação. Finalmente, o terceiro trimestre está voltado para as expectativas em torno do parto e do nascimento e especialmente os desafios promovidos pelas condições de assistência à mulher e ao recém-nascido.

A complexidade referida é acompanhada do que podemos nomear de delicadeza, mas também se pode falar em fragilidade. A gravidez é vivida sob todas as condições já colocadas e é atingida, positivamente inclusive, por fatos cotidianos que, por vezes, conquistam grande repercussão.

Com base na experiência vivenciada na Maternidade Climério de Oliveira, podemos exemplificar relatando alguns desafios enfrentados pelas mulheres gestantes, principalmente aquelas oriundas dos segmentos mais pobres da

população da cidade. A recomendação comum de repouso durante a gravidez, por exemplo, é desafiada pelas ladeiras e escadarias comuns ao relevo urbano de uma cidade acidentada como Salvador, principalmente nos bairros onde moram as classes trabalhadoras. Mudanças sugeridas na alimentação visando o bem-estar da gestante e a saúde do feto podem ser dificultadas pelas condições sócio-econômicas e culturais das mulheres, assim como um maior cuidado com as relações interpessoais cotidianas, diante das variações de humor vivenciadas pelas mulheres, podem se confrontar com estereótipos em torno da mulher grávida influenciando o comportamento dos companheiros e as exigências dos demais membros da família.

A título de ilustração, podemos relatar o que ouvimos de um senhor, companheiro de uma gestante atendida na Maternidade, que relatava ter se impressionado com a mudança de humor vivida pela mulher durante a gestação. Ele nos disse que em anos de relacionamento tinha visto a moça chorando “vezes contadas” e que em poucos dias após o conhecimento da gravidez ela passou a chorar várias vezes por dia. Ouvimos também mulheres afirmarem que reconhecem estarem grávidas, mesmo antes da confirmação laboratorial, porque se sentem emocionalmente diferentes ou por mudanças observadas nas relações com os familiares.

A complexidade da gestação é um desafio para a assistência em saúde. A gravidez talvez possa ser considerada um sinal de saúde da mulher grávida e do homem-parceiro, mas, diante da necessidade de adaptação do organismo a todas as mudanças provocadas pela gravidez, tem se tornado objeto do chamado acompanhamento pré-natal, prática de saúde cujo desenvolvimento tem acompanhado a evolução do conhecimento técnico-científico no campo da saúde nos últimos 150 anos, especialmente na área denominada de atenção materno-infantil, que envolve um conjunto heterogêneo de profissionais de saúde, incluindo médicos (obstetras), enfermeiras (obstetras), pediatras, nutricionistas e também psicólogos.

Não cabe aqui resgatar o desenvolvimento de cada uma dessas práticas, mas é importante destacar que, com o avanço da biomedicina, com seu arsenal farmacológico e tecnológico, a assistência pré-natal passou a sofrer um processo de “medicalização”<sup>2</sup> no qual se tende a valorizar cada vez mais a

---

2 A medicalização comumente ocorre quando condições sociais ou psicossociais que demandariam mudanças nas condições de vida e trabalho, de um lado, ou mudanças nas relações sociais mantidas no

dimensão biológica do processo, em detrimento dos aspectos psicossociais. Assim, observa-se que queixas previsíveis, decorrentes de situações cotidianas adaptáveis, passam a ser objeto de medicalização, principalmente através da imposição da autoridade do discurso médico sobre a vivência da mulher, com recomendações muitas vezes descontextualizadas e inócuas.<sup>3</sup> Isso é ainda mais nítido no caso da “gravidez de alto risco”,<sup>4</sup> na qual, apesar da linha tênue que distingue uma gravidez de baixo risco da gravidez de alto risco, a gestação passa a ser considerada uma condição patológica, uma doença a ser diagnosticada e tratada, uma ameaça à vida da mulher.

Os aspectos apontados rapidamente acima evidenciam que a gravidez é um período produtor de muitas emoções, principalmente ansiedades, mais visíveis na mulher gestante, mas também presentes entre os homens-companheiros e outros familiares. O que consideramos delicadeza com relação à gravidez constitui um princípio adotado em nosso trabalho, e implica na observação das pequenas mudanças ou exigências que ocorrem na mulher nesse período de sua vida, mudanças estas que demandam uma escuta qualificada e cuidadosa por parte dos profissionais de saúde que as atendem.

## Importância da participação da mulher no pré-natal

Em geral, a participação da mulher no pré-natal é pouquíssima valorizada. Tanaka (1995) considera que essa desvalorização pode ser explicada pelo processo histórico que retirou o parto do domínio das mulheres parteiras, passando o mesmo a ser assumido pela medicina, por obstetras e neonatologistas. A tendência que se configurou no âmbito da atenção médica às gestantes, assim, caracteriza-se pela impessoalidade, como se todas as gestações fossem iguais e, assim, a-históricas, aculturais, impessoais.

---

ambiente privado ou público, são tratadas como condições patológicas individuais passíveis de serem tratadas através da intervenção médica, principalmente através da prescrição de medicamentos.

- 3 Recomendações enunciadas de forma automática, como “repouso”, “boa alimentação”, “evitar aborrecimentos”, “evitar preocupações”, são exemplo desse discurso.
- 4 A gravidez de alto risco é conceituada pelo Ministério da Saúde a partir de uma referência a Caldeyro-Barcia (1973), que considera: “aquela (gravidez) na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada.” [CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud Brasil, 2000, p. 13] Os fatores geradores de risco são: i) características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; ii) história reprodutiva anterior à gestação atual; iii) doenças obstétricas na gestação atual; iv) intercorrências clínicas. O Ministério da Saúde afirma ainda que a ausência de controle pré-natal constitui um fator de risco para a gestante e o recém-nascido.

Mais recentemente, em meio à valorização da assistência à saúde tecnológica, o procedimento mais importante no pré-natal, distinguido pelas próprias mulheres e famílias, é a ultrassonografia. Desse modo, alguns pré-natais são substituídos por exames de ultrassonografia. Os outros procedimentos clínicos e obstétricos, como medida da pressão arterial, aferição do peso, exame ginecológico e exames de laboratório para avaliação das infecções prévias são todos desprezados e, neste conjunto, o acompanhamento da experiência pessoal e familiar da gravidez. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004) É comum observarmos certa falta de paciência com as falas das mulheres e dos familiares consideradas queixas menores.

Nesse universo, o segundo princípio adotado em nosso trabalho relaciona-se à valorização do discurso da mulher e da família e, conseqüentemente, à interação dialógica entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Esse segundo princípio fundamenta-se nos ensinamentos de Paulo Freire acerca da Pedagogia da Autonomia (1999), inspirando-se, também, nos trabalhos desenvolvidos pelos seguidores do pensamento freiriano na área de educação popular em saúde. (VASCONCELOS, 2001)

A partir das proposições de Paulo Freire pode-se considerar que o cotidiano é fonte de muita, quase toda, aprendizagem, e inserido no cotidiano de mulheres, homens e famílias são vivenciadas situações nos serviços de saúde, com profissionais de saúde, que promovem o saber, o conhecimento. Nessa perspectiva, admite-se que a mulher e sua família detêm um conhecimento, conhecimento advindo da experiência, de natureza diferente do conhecimento produzido para orientar a biomedicina, mas não menos importante que o conhecimento médico científico.

Uma mudança na relação dos profissionais de saúde com as gestantes, portanto, implica a valorização desse conhecimento, o que exige a abertura de espaços de diálogo, de escuta, aprendizado, promovendo a capacidade de análise crítica da realidade cotidiana das gestantes. Nessa mudança de apresentação, pode-se afirmar um combate à tradição autoritária e normatizadora que as práticas em saúde costumam assumir, abrindo-se a possibilidade de construção de um conhecimento sobre a experiência da gravidez, que contribua para o empoderamento das mulheres com relação à sua condição de mulher e, ao mesmo tempo, a consciência de seus direitos enquanto usuárias dos serviços de saúde e cidadãs.

Para o trabalho com as gestantes, essa mudança significa, um pouco, uma volta às raízes, quando as mulheres eram acompanhadas pelas suas comadres. Não por acaso se nomeou o profissional médico interessado pela gestação-parto-puerpério de obstetra, que tem sua raiz em *obstare*, que significa estar ao lado. Sendo assim, estar ao lado das mulheres gestantes e famílias, ouvir suas experiências e partilhar o saber de forma autêntica, enquanto universitários e principalmente enquanto pessoas, seres no mundo, em experiência, faz parte dos nossos propósitos.

## O trabalho desenvolvido em parceria com estudantes e mulheres

Este trabalho nasceu no meio universitário, nasceu com estudantes, e entre os seus propósitos se pretende possibilitar ao estudante da área de saúde, que funda seu conhecimento, historicamente, desde o nascimento da clínica, no estudo do morto e da doença, no doente, uma chance de convívio com a experiência da vida; a vida cheia de valores, entre eles a autonomia.

No acompanhamento pré-natal, acompanhamento ambulatorial, em que se pretende afastar a mulher e o filho de riscos, o serviço de saúde encontra-se em uma condição muito favorável para “dar” à mulher, ao homem, à família, usuários do serviço de saúde, sua condição de cidadão, sujeito de direito. Ali, não há problema de saúde a ser objeto de intervenção imediata, ali se pode perguntar sobre os modos de vida e construir planos comuns para “o bem comum”.

A partir desse entendimento, buscamos proporcionar aos estudantes e às mulheres-gestantes esse encontro, que foi nomeado pelos estudantes da ACC Grupo Maternar. No que diz respeito ao aspecto físico, forma-se uma roda em um auditório de cadeiras enfileiradas e elevadas, mas é uma roda que, contando com os “princípios” que elencamos acima, pretende dar a palavra à mulher e à família, às pessoas presentes, dar-lhes a oportunidade de falar sobre sua experiência, suas angústias e expectativas, alegrias e temores.

Autores de formação psicanalítica, especialmente Szejer e Stewart (1997, p. 44), falam do “banho de linguagem: são todas as palavras que preexistem à vida humana e que concernem a ela [...]”. Nessa perspectiva, pode-se dizer que se busca neste ACC promovido pelo Grupo Maternar construir espaços para realização do “Banho de Linguagem”, que permita

às mulheres explicitar a história da gravidez e trabalhar o vínculo com aquela experiência e com aquele que vai nascer.

A partir desses pressupostos, após estes terem sido discutidos com os estudantes, inicia-se a discussão para a programação dos encontros. Os encontros vêm acontecendo regularmente há dois semestres com a participação de estudantes dos cursos: BI de Saúde, BI de Artes, enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e medicina.

Trabalhamos com dois tipos de encontro: encontros temáticos e estúdios fotográficos. No primeiro semestre elegemos os temas dos encontros, no segundo semestre foi realizada uma enquete na qual, na sala de espera do pré-natal, buscou-se conhecer temas de interesse das mulheres gestantes. Os temas foram semelhantes nos dois semestres: mudanças físicas e psicológicas associadas à gravidez, parto, alimentação e nutrição, sexualidade, cuidados com o corpo da mulher e os cuidados do bebê, direitos da mulher e da família associados à gestação e ao nascimento. Esses temas muitas vezes se entrelaçam. Os encontros temáticos são divididos em vários momentos, com uma dinâmica de apresentação, trabalho de corpo (alongamento), trabalho sobre o tema, lanche, momento final, frequentemente com audição de músicas e *clips* criados por membros do grupo.

Dando um exemplo, podemos descrever o encontro sobre mudanças corporais e psicológicas associadas à gravidez. Iniciamos com uma dinâmica de apresentação na qual, em duplas, os presentes trocavam informações e posteriormente apresentavam seus companheiros. Em seguida foi realizado um breve alongamento no qual se explorou a importância de cuidado do corpo ao longo da gravidez, os cuidados realizados, crenças e tabus. Após isso, foi apresentado o desenho de uma mulher em tamanho natural, sendo pedido para todos os presentes colocarem por escrito mudanças ocorridas no corpo da mulher gestante. A discussão dessas mudanças possibilitou observar a compreensão de ganhos e perdas e a especificidade das mudanças na vida de cada gestante: “*meus peitos cresceram e eu estou gostando, porque eu parecia uma adolescente.*” Mudanças também são apontadas como resultantes de hábitos de vida pouco saudáveis, às vezes anteriores à gravidez: “*meu cabelo está caindo muito, me disseram que minha alimentação está muito fraca, eu já era ruim de comer e agora tem sido ainda mais difícil*”; a mãe de uma adolescente que estava acompanhando a filha: “*ela escondeu a gravidez quatro meses, quando soubemos a barriga pulou, ela está tão bonita, numa alegria diferente.*”

Em seguida foi assistido o DVD produzido pelo Discovery Channel *Tudo sobre Gravidez* (2001) e paralelamente servido um lanche. Esse vídeo apresenta, desde o início do pré-natal até após o parto, as mudanças corporais e outros temas. Foram partilhadas as opiniões, impressões, os medos e elaboradas perguntas que várias vezes se constituem em futuras perguntas que serão abordadas durante o pré-natal. O material é de fácil acesso, o que diferencia é a possibilidade de interlocução entre os participantes, e promove muita aproximação.

As atividades finais de cada grupo são a avaliação por parte dos participantes, avaliação principalmente escrita, mas acontece verbalmente dependendo da disposição do grupo e, em seguida, é produzida uma foto para registro do trabalho realizado. Além disso, criamos um “certificado” que é entregue às mulheres, como uma forma de registro daquele momento. O certificado declara que a mãe e familiares dedicaram aquele dia preparando a chegada do nenê.

O outro trabalho que o ACC vem desenvolvendo na Climério é o Estúdio Fotográfico para gestantes e familiares. Mensalmente, principalmente, as mulheres que participaram do Grupo Temático são convidadas a participar do Estúdio. Nessa tarde é feita uma adaptação do espaço do auditório, cobrindo paredes e piso com um tecido branco para assemelhá-lo a um estúdio propriamente. As participantes do ACC levam itens de maquiagem, secador de cabelo, “chapinha”, roupas, bijuterias e objetos para enriquecer as fotos. Algumas gestantes levam pertences que desejam incluir nas fotos, como sapatinhos do nenê, bandeira do time de futebol, trajes pessoais.

Essa atividade foi pensada inicialmente por uma nutricionista da maternidade que argumentava que tirar fotos poderia ser uma estratégia de apoio ao trabalho da nutrição e favoreceria a auto-estima das gestantes. Não se pensava o quanto essas fotos eram desejadas pelas mulheres e quanto as mulheres encontrariam, nessa oportunidade, um momento de realização. Nós pensamos as fotos como outra linguagem para o “banho de linguagem”, considerando que o filho que nasce e possui fotos de sua gestação poderá explorar essa experiência e conhecer mais sobre si, sua “pré-história”.

O trabalho coletivo e criativo tem sido muito rico e está presente em cada proposta de atividade. Propusemos ao grupo a pesquisa de músicas populares que pudessem ser cantadas com as mulheres. Foram identificadas algumas músicas que não necessariamente são de conhecimento das mulheres, mas se decidiu que estas fariam parte dos encontros.



Nesse sentido, vale à pena registrar o resgate de algumas canções cuja letra pode ser associada ao processo de espera de um filho desejado, como, por exemplo, uma música composta por Saulo Fernandes e Gigi (2009), que diz:

Arrumei a casa/ preparei o coração/ esperando sua chegada tão sonhada/ vesti o melhor sorriso/ espalhei pelo chão/ o perfume da rosa mais enfeitada/ prá te colorir e te cobrir de bem querer/ tá faltando você pra ficar perfeito/ aprendi a amar assim do seu jeito/ e aceito ser seu e viver esse amor.

Outro exemplo, uma música que não trata de gravidez ou nascimento, mas traduz um sentimento inspirador desses momentos, como é o caso da “Banda Mais Bonita da Cidade”, composta por Leo Fressato, cuja letra diz: “coração não é tão simples quanto pensa/ ele cabe o que não cabe na dispensa/ cabe o meu amor/ cabe a eternidade inteira.” E, por fim, registramos os *clips* que foram criados a partir de diversas músicas, como “Bonita e Gostosa”, interpretada pelas Frenéticas, “Amor e Sexo”, cantada por Rita Lee, e “Mãe que eu nasci”, de Carlinhos Brown.

## O que nos faz continuar: como e o que avaliar

Em todos os encontros pedimos aos participantes para avaliarem o trabalho realizado, utilizando uma pequena ficha de avaliação que é distribuída e respondida pelos participantes, sendo composta por três perguntas: *como foi?*, *como poderia ser?* *O que espero?* São muitos os elogios e as afirmações relacionadas à necessidade de outros encontros ou lamentações pelo tempo limitado de uma tarde. Sabemos dos limites de uma avaliação como essa, feita no imediato do encontro, com pouca liberdade para expressar suas opiniões, além do que a nossa presença, a presença da instituição pode se constituir em um fator inibidor de eventuais críticas.

Vale à pena, entretanto, registrar algumas respostas individuais, cuja leitura tem contribuído para fortalecer o trabalho, indicando sua pertinência e mesmo a contribuição que tais encontros vêm dando a algumas das mulheres e familiares que deles participam.

Experiência 1 – Participou de um grupo de gestantes uma moça negra muito bonita que relatou estar muito sozinha durante a gravidez porque o pai do seu filho mora em outro país, ou seja, não estavam juntos. Posteriormente,

essa gestante participou do Estúdio fotográfico e, quando retornou, algumas semanas depois para participar de outra atividade, informou que não tinha querido ver as fotos, que estava se sentindo feia durante a gravidez e que tinha feito as fotos pela criança. No estúdio seguinte ela compareceu novamente, pronta para nova sessão de fotos e nos contou que tinha gostado das fotos e queria realmente ter sua gravidez registrada. Depois do nascimento do nenê, um familiar foi buscar o segundo conjunto de fotos e a mãe, nossa participante, mandou-nos uma foto para que conhecêssemos o nenê.

Experiência 2 – Outra gestante colocou espontaneamente para o grupo que não esperava engravidar. Entre seis ou oito irmãos, era a caçula, tinha ajudado com todos os sobrinhos e não desejava ser mãe. Tinha usado anticoncepcional oral por vários anos. O parceiro desejava ter filhos e sabia sua opinião com relação à maternidade. Por recomendação médica, suspendeu o uso do anticoncepcional oral e tentou usar outro método anticoncepcional e, neste período, engravidou. Ao saber da gravidez ficou atordoada. Todos da família comemoraram; entretanto, ela própria nos disse que era difícil pensar, imaginar aquela realidade. Tratamos com as mulheres naquela tarde sobre a tirania da maternidade imposta às mulheres; o quanto se cobrava que todas as mulheres sejam mães e que vivam a gravidez com alegria, resignação, satisfação. Essa gestante, a partir daquele dia, frequentou todos os encontros seguintes. No dia em que ocorreu o estúdio, ela chegou com uma sacola com pertences e usou suas próprias roupas para as fotos, além das disponíveis. Uma semana participou de um grupo sobre “direitos da gestante e da família” e, neste dia, relatou todo seu envolvimento com as atividades do Grupo Maternar. Uma pessoa da sua família considerou desnecessária sua frequência ao grupo e ela respondeu que não estava indo para “aprender a cuidar de crianças e sim se preparando para o nascimento do seu filho”. No último encontro do semestre, novamente estava lá para buscar as fotos e levou uma bandeja de sequilhos feitos especialmente para o grupo.

Experiência 3 – Em geral, durante os estúdios, oferecemos a oportunidade das mulheres fazerem fotos de acordo com seu interesse, com a barriga exposta ou nua. Levamos uma série de fotos de gestantes publicadas em revistas, em *sites*, para que elas escolham as poses que desejam. A maioria das mulheres faz fotos das barrigas, pintam o nome do nenê na barriga. Uma jovem do grupo de gestantes ressaltou o quanto suas mamas estavam aumentando com a gestação e que esta mudança não estava sendo confortável. No dia do

estúdio que ela frequentou, uma segunda gestante realizou vários nus. Apesar de vermos que ela estava envergonhada, incentivamos que ela também fizesse suas fotos. O resultado foi muito bom, essas fotos são quase profissionais e observá-las permite que se perceba o quanto esta moça se envolveu, se empenhou, incorporou a proposta.

Experiência 4 – Fizemos um estúdio na festa do dia das crianças promovida pela Maternidade para as crianças que necessitaram de assistência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e fazem acompanhamento no ambulatório de crescimento e desenvolvimento. Realizar esse estúdio foi um grande desafio, mas os resultados foram bastante satisfatórios, principalmente pela certeza que tivemos da satisfação das famílias por terem participado. A impressão que ficou foi que eles sentiram-se muito privilegiados, muito valorizados.

## Comentário final

Como se pode perceber pelo exposto nos itens anteriores, estamos construindo uma prática de promoção da saúde e da qualidade de vida de mulheres gestantes que frequentam uma Maternidade Escola em Salvador, contando com a participação de estudantes e profissionais que atuam no serviço. O interesse que move o grupo é experimentar formas de relacionamento que ultrapassem o âmbito técnico-científico, formal e abstrato, normativo e destituído de afeto, e resgatem a subjetividade das pessoas envolvidas, suas histórias de vida, os sentidos e os significados que atribuem à gravidez, momento delicado que modifica a trajetória de vida da mulher e de sua família.

Com base na reflexão crítica sobre o trabalho realizado, esperamos incorporar outras atividades ao processo, fortalecendo a proposta do Grupo Maternar, incluindo, por exemplo, visitas para as mulheres que não receberam visitas, bem como a manutenção do vínculo, a partir de contato telefônico, com todas as gestantes que participaram do grupo, uma forma de manter a roda, o apoio, as palavras à gravidez e ao nenê que vai nascer. Para isso, decidimos esperar o próximo grupo de estudantes dos diversos cursos, inclusive do BI em Saúde, para juntos pensarmos e fazermos o Grupo Maternar.

## Referências

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164 p.
- FERNANDES, S.; GIGI. Tão sonhada. Intérprete: Saulo Fernandes In: BANDA EVA. *Lugar da Alegria*. Rio de Janeiro: Gravadora Som Livre, 2009. 1 CD. Faixa 4.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 166 p.
- FRESSATO, L. Oração. Intérprete: Banda mais bonita da cidade. In: BANDA MAIS BONITA DA CIDADE. *Banda mais bonita da cidade*. Curitiba: [S.n.], 2011. 1 CD. Faixa 7.
- MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 164 p.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, ago. 2004.
- SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997. 322 p.
- TANAKA, M. C. A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 107 p.
- TUDO sobre gravidez. Direção: Joseph Cortina Amy L. Maddox. Produção: Yana Benyumove Cortina Productions. Miami: Discovery Channel, 2001. 1 DVD (98 min.).
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de Saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; FAJARDO, A. P. *A saúde na palavra e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-20.



# Outro olhar sobre as conferências municipais e estaduais de saúde: a participação dos alunos do BI em Saúde da UFBA

Maria Constantina Caputo  
David Ramos da Silva Rios  
Karla Guedes de Azevedo Hegouet

## Introdução

O projeto pedagógico do BI em Saúde inclui, no item relativo às competências esperadas dos egressos, um conjunto de valores entre os quais a “responsabilidade social e compromisso cidadão”, bem como o “compromisso com a consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea.” (UFBA, 2010, p. 8) O desafio enfrentado pelos docentes do curso para o cumprimento desse propósito conduziu à elaboração e implementação de vários projetos de extensão,<sup>1</sup> que complementam os esforços desenvolvidos nos diversos componentes curriculares ministrados em salas de aula.

Nesse sentido, adotam-se os princípios preconizados no I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX, 1987, p. 11) com relação à extensão, quais sejam:

A extensão universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável, e viabiliza a

1 Segundo Acioli (2008), a extensão universitária como processo educativo, cultural e científico, permite encontros e diálogos entre alunos, professores e sociedade, possibilitando a produção de novos conhecimentos, constituídos a partir da troca entre os saberes científicos e populares, o que potencializa a ocorrência de mudanças. Assim, as atividades de extensão conseguem congregam os elementos necessários para a formação cidadã, em meio ao processo de emancipação social e à construção dialógica de novos saberes. (CEREZZO, 2009, p. 34)

relação transformadora entre Universidade e Sociedade. A extensão é uma via de mão dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará na sociedade a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão o aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequência a produção do conhecimento resultante da realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora desse processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada e social.

Considerando que a área de Saúde vem se constituindo, nos últimos anos, em um espaço privilegiado de atuação dos movimentos sociais e da população em geral, através dos mecanismos de gestão participativa do Sistema Único de Saúde, a inserção de estudantes dos diversos cursos nestes processos pode contribuir para o alcance de objetivos pedagógicos relacionados com o desenvolvimento da consciência cidadã.<sup>2</sup>

De fato, o processo de Reforma Sanitária Brasileira e especificamente a construção do Sistema Único de Saúde tem contemplado a criação de espaços institucionais e instâncias de participação social,<sup>3</sup> a exemplo dos Conselhos e Conferências de saúde, onde se dá a participação direta dos representantes da sociedade civil no processo decisório, além da implantação de órgãos responsáveis pela Ouvidoria do SUS, mecanismos de escuta das reclamações, elogios e propostas apresentadas pelos usuários, enquanto cidadãos.

Nesse contexto, cabe elaborar projetos de extensão universitária que contemplem a inserção dos estudantes nessas instâncias, ultrapassando, portanto, o conhecimento teórico acerca das leis, decretos e outros instrumentos que apresentam os princípios formais do direito à saúde, senão que acompanhando

---

2 O debate acerca da Saúde como direito de cidadania tem sido desenvolvido no Brasil a partir dos anos 70 do século passado, com a emergência do movimento pela Reforma Sanitária. A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080 e 8142, que regulamentam o Sistema Único de Saúde, reconhecem esse direito, muito embora seu pleno exercício depende de uma luta cotidianamente recomeçada no cenário político brasileiro. Ver Paim (2008).

3 Esse tema tem sido abordado por vários autores do campo da Saúde Coletiva. Ver, por exemplo, a coletânea organizada por Fleury e Lobato (2009) e o texto produzido por Teixeira (2011) para a 8ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia.

os processos políticos que ocorrem nos vários espaços institucionalizados, inclusive nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Assim, são de suma importância os projetos pedagógicos que propiciem aos discentes uma formação ampla, que perpassasse as diversas áreas do conhecimento e que lhes confirmasse, ou os incentivasse, a desenvolver ações cidadãs, nas quais o aluno, tido como sujeito, seja incentivado a problematizar sua realidade, de modo a atuar como agente de mudança, capaz de transformá-la.

Uma proposta desse tipo foi exatamente a que o BI em Saúde desenvolveu em 2011, viabilizando a participação de um grupo de estudantes do curso no ciclo de Conferências Municipais e na Conferência Estadual de Saúde, experiência descrita, neste capítulo, a partir dos registros efetuados pela Coordenação do projeto e dos depoimentos colhidos dentre os estudantes que participaram.

## Participação em conferências de saúde como atividade de extensão

A realização de Conferências Municipais e Estaduais, antecedendo a realização da Conferência Nacional de Saúde,<sup>4</sup> vem ocorrendo regularmente desde que foi iniciado o processo de construção do SUS, há cerca de 20 anos. Em 2011, foram realizadas Conferências em todo o país, como preparação para a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em novembro/dezembro. A Conferência Estadual de Saúde da Bahia ocorreu de 12 a 15 de setembro e a maioria das Conferências Municipais no Estado foi realizada entre julho e agosto de 2011.

Desse modo, foi possível viabilizar a participação dos estudantes nas Conferências Municipais, porquanto elas ocorreram durante o período de férias, entre o final do primeiro e o início do segundo semestre. Aproveitando essa oportunidade, estabeleceu-se uma parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA), especificamente o Colegiado do BI em Saúde, através da docente que assumiu a coordenação do projeto.

---

4 As Conferências Nacionais de Saúde de fato vêm sendo realizadas desde os anos 50 do século passado, porém somente com o movimento pela Reforma Sanitária é que passaram ser realizadas com a regularidade que têm hoje, geralmente de quatro em quatro anos. Ver Escorel e Bloch (2005).



O objetivo geral deste projeto de extensão, portanto, foi possibilitar a participação dos estudantes nas Conferências Municipais e na Conferência Estadual, atuando diretamente junto à Comissão de relatoria responsável pela sistematização das propostas elaboradas pelos participantes.

Com isso, esperava-se sensibilizar os alunos e estimular sua capacidade de articular conhecimentos teóricos e práticas, que reafirmem a compreensão de que o simples domínio do conhecimento por parte de quem a detém, seja tácito, seja científico, não é suficiente para que se estabeleça a competência, compreendida na sua dimensão de práxis, ou seja, “a atividade teórica e prática que transforma a natureza e a sociedade; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, orienta a atividade humana; teórica, na medida em que esta ação é consciente.” (KUENZER, 2007, p. 7)

Cabe registrar que o processo de organização e realização das Conferências Municipais foi apoiado pela Coordenação de Planejamento da SESAB, cujos técnicos elaboraram um roteiro para subsidiar a observação participante a ser feita pelos estudantes. Desse modo, esperava-se que os estudantes compreendessem os vários aspectos políticos envolvidos nesses eventos, desde a própria composição do plenário, o temário proposto e, principalmente, a dinâmica de discussões nos grupos de trabalho.

Inicialmente, realizou-se um processo seletivo, no qual os estudantes deveriam elaborar uma carta expondo o seu interesse em participar desta atividade de extensão. Após essa fase, foram selecionados aproximadamente 40 estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, dos mais diversos períodos acadêmicos, os quais participaram de oficinas de capacitação com técnicos da Coordenação de Planejamento da SESAB e puderam, deste modo, ampliar os seus conhecimentos, principalmente no que se refere à participação social e às Conferências de Saúde, em suas três instâncias (municipais, estaduais e nacionais).

Durante as oficinas os estudantes tomaram conhecimento dos Objetivos das Conferências de Saúde, quais sejam, avaliar a situação de saúde e as ações implementadas pela gestão em cada nível de governo e elaborar propostas para o enfrentamento dos problemas existentes, tanto com relação aos problemas de saúde, quanto aos problemas do sistema de saúde, contribuindo, assim, para a formulação e avaliação das políticas. Também foram informados acerca da composição dessa instância de gestão participativa, dando-se conta das formas de participação dos diversos segmentos, conforme previsto

na Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), isto é, os representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores do sistema público.

Com isso, buscou-se incentivar os estudantes do BI a refinar a observação a ser efetivada durante o desenvolvimento das Conferências Municipais, levando em consideração a participação social, a apresentação e debate em torno de propostas concernentes à política de saúde municipal e estadual, bem como a pertinência destas propostas levando em conta os princípios e diretrizes que regem a política de saúde ao nível nacional. Desse modo, previu-se que a atuação dos estudantes extrapolasse a mera observação do processo, demandando uma postura mais ativa, colaborando de forma clara e consistente para a formulação de propostas.

Além de tratar da organização e funcionamento das Conferências de Saúde, de um modo amplo, as oficinas trataram, portanto, de abordar os temas eixos da 8ª Conferência de Saúde do Estado da Bahia,<sup>5</sup> estimulando a revisão de textos específicos. Os alunos foram orientados a se apropriarem de conhecimentos específicos sobre esses temas, uma vez que seriam distribuídos nos grupos de trabalho que, durante a realização das Conferências, abordariam estes temas, podendo, assim, situar-se melhor no debate, qualificando sua observação, participação e registro da experiência.

Em síntese, a atividade levou em consideração que as Conferências Municipais de Saúde representam hierarquicamente uma das bases mais privilegiadas para o desenvolvimento das Conferências Estaduais e, posteriormente, da Conferência Nacional de Saúde. Dessa forma, buscou-se que os alunos pudessem perceber a importância da construção desse processo, como elemento norteador das futuras políticas de saúde e, acima de tudo, que pudessem contemplar na prática a gama de conhecimentos adquiridos no âmbito acadêmico, visto que as Conferências Municipais agregam diversos atores sociais, sejam eles oriundos dos movimentos sociais, dos usuários, da gestão ou dos trabalhadores da área de saúde.

---

5 O eixo temático central foi "Acesso e Acolhimento no SUS – Desafios na construção de uma Política Saudável e Sustentável", dividido em três subeixos, a saber: a) Políticas públicas, política de saúde e segurança social: os desafios da implementação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade; b) Participação, controle social e incremento à ação comunitária; c) Os desafios da gestão do SUS para a reorientação do sistema de saúde: Intersetorialidade; financiamento; pacto pela saúde; relação público x privado; gestão do sistema; gestão do trabalho e da educação em saúde. Ver Conferência Estadual de Saúde da Bahia [2011].

## A Participação nas conferências municipais de saúde

Logo após a realização das oficinas, os estudantes foram separados em pequenos grupos, geralmente de três ou duas pessoas, e foram encaminhados para distintos municípios do Estado da Bahia. Cabe registrar que coube à SESAB responsabilizar-se pela logística necessária para garantir a participação dos alunos. Nesse sentido, a Secretaria assumiu as despesas de deslocamento dos alunos para os municípios selecionados,<sup>6</sup> compartilhando com a Secretaria Municipal de Saúde de cada um deles as despesas com alimentação e hospedagem.

Dentre os municípios selecionados podemos destacar: Camaçari, Juazeiro, Jequié, Santo Amaro, Senhor do Bonfim, Ilhéus, Vitória da Conquista, Brumado, Muritiba, Cachoeira, dentre outros (20 municípios ao total). É imprescindível destacar que os municípios selecionados possuíam diversas peculiaridades que os diferenciavam uns dos outros, sejam pelas condições sanitárias, políticas ou até mesmo geográficas.

O período em que os estudantes ficaram em cada cidade variou de grupo para grupo, a depender da organização e da programação das Conferências de Saúde em cada município. Dessa forma, as vivências de cada grupo foram únicas, pois abarcavam uma realidade que nenhuma outra equipe poderia vivenciar.

Como forma de problematizar, sistematizar, elaborar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos nas oficinas e nas vivências nos municípios, os estudantes deveriam produzir um relatório da experiência, no qual sugeriu-se que enfatizassem os acontecimentos e percepções mais marcantes, bem como as singularidades locais, as características dos participantes da conferência, os elementos que facilitaram ou dificultaram a discussão dos temas e o seu próprio desenvolvimento intelectual e político, dentre outros aspectos. Esses relatórios, além de serem um instrumento para a sistematização das ideias, mostrou-se de grande importância no processo de reflexão por parte dos estudantes.

Ao final da atividade, os estudantes foram convocados a participarem de uma Oficina de avaliação do projeto, na qual as ideias sistematizadas em

---

6 O Estado da Bahia possui 417 municípios, distribuídos em nove macro-regiões (BAHIA, 2007, 2009). Desses, a quase totalidade organizou Conferências Municipais de Saúde em 2011, sendo que 20 foram selecionados para receber os alunos do BI em Saúde, sendo alocados dois alunos em cada município.

cada relatório individual foram compartilhadas com todos os demais participantes da atividade de extensão, em um momento em que todos puderam expor os seus pontos de vista e suas percepções. Esse momento foi extremamente significativo para que todos pudessem perceber as experiências de cada um, em contextos e situações diferentes.

Muitas das ideias compartilhadas traziam em seu escopo a importância do diálogo ocorrido entre a teoria estudada na universidade e a prática vivenciada no âmbito das conferências, consideradas uma experiência essencial em sua formação. Vários depoimentos explicitaram que esses espaços de construção expõem o nível participativo das pessoas, inclusive dos próprios estudantes envolvidos que, antes dessa oportunidade, não haviam tido contato com instâncias deliberativas como essas. Alguns estudantes, inclusive, chegaram a admitir que se sentiram “constrangidos”, ao perceberem o quanto estavam distanciados, enquanto cidadãos, de processos dessa natureza, como pode ser destacado no seguinte relato de uma estudante:

*E assim, como cidadã eu fiquei, na realidade, envergonhada, porque eu nunca participei de uma conferência na cidade que eu moro ou na cidade de onde eu vim [...] e percebi como eu sou pequena como cidadã, como eu não legitimo a minha voz enquanto cidadã e que a Universidade hoje está me dando essa oportunidade. Agora eu não quero ficar de fora de nenhuma conferência mais.*

A participação social, então, foi outro tema muito corrente na fala dos alunos devido à percepção da sua relação com o exercício do direito de cidadania. Muitos perceberam “a precariedade da nossa cidadania” e apontaram a ausência, entre nós, de uma “cultura política participativa”, condição considerada por muitos essencial para a consolidação de uma sociedade democrática. (PANDOLFI, 1999)

Analisando esse fato, alguns estudantes chamaram a atenção de que isso pode estar atrelado a uma deficiência na educação popular e a ausência de um trabalho mais intenso que parta de micro para macro-espacos. Ou seja, consideraram que é possível que as pessoas não saibam como participar, desde que não têm tido oportunidades de exercitar essa participação no seio de pequenos grupos, como a família, o círculo de amigos, os espaços de lazer e mesmo de participação política, no bairro e em sua cidade. Outra aluna fez alusão a esse fato, conforme se pode perceber no depoimento abaixo:

*Às vezes a gente está na realidade e ficamos sempre na queixa de não saber por onde buscar os direitos, de não saber o que fazer para mudar, e acho que esse papel é realmente da gente, de ser as formiguinhas, de estar desenvolvendo, de não estar ficando com esse conhecimento pra si, de sim estar divulgando, dizer que você sabe que as discussões fazem efeito [...] e o que eu senti também foi a necessidade de um fortalecimento maior ainda da educação popular, porque eu senti naquelas pessoas a vontade de dizer e não sabiam como dizer diante daquelas pessoas que estavam ali.*

O contato com a comunidade municipal, usuários, profissionais e gestores do SUS pode suscitar essas impressões nos estudantes e futuros profissionais da saúde, fazendo com que eles percebessem a necessidade da população conhecer, reconhecer e usufruir dos seus direitos. Essa experiência, segundo vários dos estudantes, torna-se, então, ferramenta para que as pessoas possam criar autonomia, a partir da conscientização de seus direitos, bem como dos seus deveres, de modo a mobilizar-se para exercer seu papel cidadão em espaços de participação e discussão que possam abarcar toda uma comunidade, como é o caso das Conferências de Saúde.

Finalmente, quanto ao significado dessa experiência para sua própria formação em saúde, cabe registrar o relato de duas estudantes em relação ao que sentiram após a experiência de observar, organizar e sistematizar as Conferências em Saúde:

*[...] a noção de participação popular e responsabilização quanto ao bem comum que é a Saúde contribui para que minha atuação profissional a partir de então seja mais consistente, ávida, sensível, precisa, acolhedora e comprometida com o processo de construção das políticas públicas em saúde, exercendo, conscientemente, acima de tudo, meu papel como cidadã.*

*[...] foi muito construtivo porque eu não consigo mais me ver fora de um movimento desses. Eu quero estar próxima. Eu não quero ser uma profissional de saúde que apenas esteja em lugar presa entre quatro paredes esperando que tudo chegue de forma dada, se não for construída. Eu tenho que estar lá também, eu tenho que estar ajudando a construir, eu tenho que ter essa afinidade com esse usuário pra dizer pra ele que ele também faz parte desse processo e que não só os governantes é que decidem a nossa vida, mas sim nós que construímos essa resolução. Isso tudo eu adquirir, vi a prática da teoria do meu curso.*

## Participação na 8ª Conferência Estadual em Saúde da Bahia

Além da participação nas Conferências Municipais de Saúde, um grupo de alunos do BI foi convidado pela SESAB a se integrarem na equipe de apoio à realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde (CONFERES). Esse processo também foi palco para a observação e sistematização dos estudantes do BI em Saúde que, mais do que observar, puderam participar de sua organização, o que implicou na passagem por um outro momento de capacitação.

Durante essa capacitação, os alunos discutiram os três temas anteriormente citados, assim como fizeram um reconhecimento do espaço onde a 8ª CONFERES iria acontecer, o que contribuiu para a definição das tarefas que iriam assumir. O desdobramento dessas discussões abriu caminho para que os estudantes trouxessem para a roda um pouco do conhecimento adquirido em sala de aula sobre as Políticas de Saúde, expressando suas dúvidas e impressões que culminaram, durante a Conferência, na compreensão do processo de formulação das políticas, agora em âmbito estadual.

Segundo os estudantes que participaram desses encontros teóricos e práticos, esse processo possibilitou uma compreensão mais ampla e íntegra da situação vivenciada, enquanto futuros profissionais e trabalhadores de saúde, tornando-os mais capacitados e competentes para a atuação em cargos e funções, comprometidos com a busca de resolutividade efetiva para os problemas de saúde.

Nesse sentido, a reflexão desenvolvida pelos estudantes sobre as relações entre teoria e prática fez com que percebessem as limitações de uma teoria que se reduz à mera contemplação da realidade, encerrando-se em si mesma, limitando-se a discursos ideológicos, análises estatísticas e interpretações elucidativas que apenas descrevem a sociedade tal como ela se apresenta. (ZOTTIS, 2008)

Da mesma forma, questionaram a prática em si mesma, compreendendo que quando não alicerçada em sólidas teorias torna-se uma ação sem objetividade, uma atividade sem sentido e sem finalidade. Com isso, chegaram à compreensão de que a teoria e a prática devem ser pensadas de forma unitária, como elementos complementares de um mesmo processo de desenvolvimento, de novos métodos de pensar e interpretar, de agir e modificar a realidade social. (KOSIK, 2002)

Além dessa constatação acerca da relação dialética entre teoria e prática, os estudantes que participaram da Conferência Municipal e também da

Estadual refletiram sobre a complexidade das relações entre as duas instâncias, mencionando que:

*enquanto a municipal tem uma realidade muito mais local, voltada para aspectos específicos, a estadual é muito mais abrangente, até pela natureza dela [...]; o 'nível de luta' das pessoas em ambas é diferente. Há uma grande necessidade das pessoas nas municipais de se queixarem, se lamentarem e não necessariamente lutarem pelos seus direitos, estarem mais em busca de seus interesses pessoais; na estadual as pessoas visam mais os direitos coletivos mesmo, apesar das muitas disputas por representatividade para a Conferência Nacional.*

Após a 8ª CONFERES, os estudantes também foram incumbidos de relatarem suas experiências, respondendo a um questionário que problematizava o que tinham percebido no momento de chegada e saída da Conferência, as observações quanto aos princípios do SUS que estavam presentes nas discussões realizadas durante o evento, os limites e as potencialidades do fortalecimento da participação e controle social do SUS na Bahia, dentre outros aspectos. A elaboração desse relatório constituiu, ademais, uma excelente oportunidade para a avaliação da atividade de extensão e dos resultados alcançados em termos do processo de ensino-aprendizagem no âmbito do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, levando em conta o desenvolvimento das competências esperadas.

## Considerações finais

A realização de um projeto de extensão como o que relatamos aqui conduz a uma reflexão mais ampla sobre o papel da Universidade, enquanto instituição social e formadora de profissionais e trabalhadores qualificados e preparados para lidar com os problemas e as necessidades da sociedade. Segundo Zottis (2008, p. 36),

*a Universidade é um ambiente propício para o pensar-agir contido na práxis, onde é possível desenvolver novas alternativas de se viver em sociedade de forma ética e solidária, pacífica e mais igualitária. Nesse sentido, a universidade pode não só alterar a sociedade na qual ela está inserida, como também a ela própria.*

Para tanto, é necessário que ela se articule com outras instâncias sociais e seja ativamente participante de espaços que mobilizem a população, como as Conferências de Saúde, por exemplo. A inserção de estudantes do BI em Saúde nas Conferências Municipais e na Conferência Estadual mostrou-se de suma relevância para a formação destes futuros profissionais de saúde, contribuindo para sua formação enquanto cidadãos conscientes de suas responsabilidades sociais.

O contato com um espaço de discussão, formulação de propostas, avaliação de decretos e portarias, identificação de destaques, aprovações de propostas e moções, como é o caso de uma Conferência de Saúde, tem muito a acrescentar à percepção de tais estudantes, por meio de uma teoria apreendida nos conflitos da vivência, permitindo consolidar conhecimentos teóricos, ressignificados nos conflitos práticos, gerando, assim, um agir mais crítico com relação às políticas de saúde e ao processo de construção do SUS.

Segundo os depoimentos dos próprios alunos que participaram do processo, além do olhar ampliado em volta dos aspectos comportamentais no âmbito individual e coletivo nesses espaços de tensão, mas também de exercício da democracia, os bacharelados interdisciplinares podem assumir um papel mais sensível aos contextos humanísticos e históricos nos quais o campo da saúde se encontra em determinada localidade, o que contribui para soluções mais claras e efetivas aos problemas enfrentados neste setor. Desse modo, podemos concluir que experiências desse tipo devem continuar a serem desenvolvidas no âmbito do BI em Saúde, para o qual é importante a consolidação de parcerias com as instituições gestoras do sistema no âmbito estadual e municipal.

## Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 1, jan./fev. 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Plano Diretor de Regionalização – PDR*. Salvador: SESAB, 2007.

\_\_\_\_\_. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, nov. 2009. Suplemento 1.

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



\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990a. p. 18. 055-18.059.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. *Diário Oficial da União*, Brasília. 28 dez. 1990b. p. 25. 694-25.695.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 dez. 1996. p. 26.

CEREZZO, C. V. *A atividade de extensão como instrumento de ensino-aprendizado*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2009.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA, 8., 2011, Salvador. *Anais...* Salvador: [S.n.], 2011. Caderno de propostas.

CORTES, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 102-128.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: OPAS, 2005. p. 83-119.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO (FORPROEX). Encontro de Pró-Reitores de Extensão das universidades públicas brasileiras. Extensão Universitária: diretrizes conceituais e políticas, 1987, Brasília... *Anais...* Brasília: [S.n.], 1987. Disponível em: <<http://www.renex.org.br/documentos/Encontro-Nacional/1987-I-Encontro-Nacional-do-FORPROEX.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

KUENZER, A. Z. *Competência como práxis: os dilemas da relação entre teoria e prática na educação dos trabalhadores*. 2007. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/291/boltec291b.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

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

PANDOLFI, D. C. Percepção dos direitos e participação social. In: PANDOLFI, D. C. et al. (Org.). *Cidadania, justiça e violência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

TEIXEIRA, C. F. Participação, democracia e reforma Sanitária. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA, 8., 2011, Salvador. *Anais...* Salvador: [S.n.], 2011. Caderno de propostas. p. 25-32.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC). *Projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: UFBA, 2010.

ZOTTIS, G. A. H. et al. Violência e desenvolvimento sustentável: o papel da universidade. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 4, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300005>>. Acesso em: 10 nov. 2011.



**POSFÁCIO**

---



## Posfácio I

Discurso de Iracerra Lima Barreto no ato de formatura da 1ª turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Palácio da Reitoria da Universidade Federal da Bahia  
16 de janeiro de 2012.

Magnífica Reitora da Universidade Federal da Bahia Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dora Leal Rosa, Ilustríssimo Sr. Diretor do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências dessa mesma instituição Prof<sup>o</sup> Dr. Sérgio Farias; Ilustríssima Sr<sup>a</sup> Coordenadora do Colegiado do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anamélia Franco; Ilustríssimo Paraninfo da turma Prof<sup>o</sup> Doutor Naomar de Almeida Filho; Demais membros da mesa, Autoridades e demais presentes; Senhores e senhoras presentes, boa noite e que a paz de Deus reine entre nós!

Prometo que serei breve, pois o que realmente se quer dizer deve ser dito em poucas e boas palavras, afinal o momento é menos de falar e mais de celebrar. Hoje, quando olhamos com os olhos da saudade nos encontraremos com estranhamento no primeiro dia de aula em uma turma onde os olhares se voltavam para o novo, o diferente; em que muitos se perguntavam: o que estou fazendo aqui? Quem é essa gente? Olhamos e vemos que muitos desistiram no meio do caminho, talvez pela nossa falta de zelo, e de cuidado mesmo com o outro, ou, quem sabe, pela falta de respeito às limitações de cada um. Mas, que tudo isso sirva de aprendizado para as nossas necessárias transformações rumo a novos horizontes e que não erremos os mesmos erros e possamos acertar cada vez mais.

O momento é também de agradecimento a todos os que tiveram subtraídas oportunidades de convivência, participação e compartilhamento: a nossos pais, avós, tios, filhos, maridos, esposas, namoradas, amigos e que, por isso, agradecemos, porque valeu à pena, estamos muito satisfeitos e lhes retribuímos, em forma de alegria, todo o nosso esforço, que, todavia, representa apenas uma pausa breve, num caminho longo que se divisa

Hoje, chegamos. Mas chegamos onde mesmo? Ao fim de quê, se todo fim é apenas um novo começo? O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que ora concluímos, nos coloca na condição de bacharéis; no espaço do protagonismo das lutas pelos direitos fundamentais, dentre os quais a saúde é um deles. Agora somos guerreiros, com armas antes não possuídas, em uma batalha na qual os gigantes inimigos nem sempre se mostram e se transmudam ao sabor das circunstâncias. Poder-se-ia dizer que a tecnologia, o avanço das técnicas e os processos de disseminação das idéias, em velocidades cada vez maiores, conduzem à erradicação dos males que afetam a saúde fazendo dela, efetivamente, um bem de todos. Isso parece verdade, mas é só aparência.

O hospitalocentrismo, a excessiva medicalização, a privatização e mercantilização da doença/adoecimento e a desumanização na prestação dos serviços de saúde são alguns dos gigantes que também se associam às conquistas tecnológicas, devoram recursos preciosos e dificultam o acesso à saúde. Portanto, precisam ser enfrentados fazendo-se o bom combate, com inteligência e participação social. Não queremos ser ingênuos e não pensamos em grandes revoluções, mas, como múltiplos Davis, podemos enfrentar e vencer a esses Golias.

Mas não somente a eles, pois a alma humana, como diria o Prof<sup>o</sup>. Mira y López, também tem os seus gigantes, dentre os quais ousamos aqui incluir a vaidade, tão comum no círculo acadêmico, travestida em múltiplas aparências. Por que será que a aquisição de um grau acadêmico, ou às vezes a mera expectativa de adquiri-lo nos faz tão arrogantes e, não raras vezes, nos distancia dos demais, das nossas origens? Pierre Bourdieu traz a lume as razões e demonstra que afirmar a superioridade, através dos títulos, é uma arma social e política para o reconhecimento e a distinção de uns em relação a outros. Porém, por mais que queiramos nos distinguir, não se pode esquecer que somos humanos. Os únicos seres que podem ter a vida e o respeito a ela como objeto do seu estudo e, principalmente, do seu fazer, do seu labor, do seu trabalho, como diria Hannah Arendt.

Somos, agora mais que antes, e daqui a pouco ainda mais que hoje, cuidadores de outros seres portadores de corpos e mentes, que não se podem distinguir por graus, títulos ou honrarias envaidecedoras; cuidadores de vidas humanas; porque a vida humana e sua preservação é o propósito que deve mobilizar e sustentar a prática do profissional da Saúde. Pensar nessas profissões com qualquer outro propósito que não servir à vida é, indubitavelmente,

buscar tornar-se um prescritor de drogas e não um conhecedor de almas; um emendador de corpos e não um verdadeiro tecelão dos tênues fios do espírito e caráter humanos. Pensar em ser profissional da saúde é querer observar o mundo pelas lentes que possibilitam enxergar, para além do corpo, o humano; para além dos cifrões, os laços de solidariedade e de identidade que nos fazem, com as nossas diferenças, iguais; homens. A humildade, aqui representada pela cor negra das nossas vestes neste momento solene, significando a nossa submissão ao brilho da sabedoria e de uma ciência que não seja cega, mas preocupada e compromissada com aqueles que mais precisam e que representam elevado percentual de nossa população alegre, que quer ser feliz, é a chave que abre essas portas. Perseguir os ideais de mestres como Sergio Arouca, Madel Luz, Cecília Minayo, Jairnilson Paim, Ricardo Ayres, Carmen Teixeira, Naomar Almeida e tantos outros anônimos, que com as suas lutas incansáveis nos legaram um sistema, ainda imperfeito, por certo, mas invejado por muitos, como é o SUS.

Porém, há de existir coragem para o enfrentamento do “estabelecimento”, para a construção de novas formas e para a vivência de novas possibilidades como somente os verdadeiramente jovens o fazem, sem medo dos preconceitos e das críticas negativistas.

E isso porque a mudança social só acontece quando o comportamento dos sistemas vivos individuais que compõem o sistema social se transforma, de maneira a dar origem a uma nova configuração de ações coordenadas que define uma nova identidade para o sistema social. (MATURANA, 1997, p. 190)

Com essa aura, nasceram os BI nesta instituição por onde passaram homens do porte de Milton Santos, Edgar Santos, Felipe Serpa e outros tantos, cujas envergaduras científica e moral os fazem lembrados ainda hoje. Nasceram do enfrentamento e da coragem de homens como Naomar de Almeida Filho, com o firme objetivo de reinventar a educação superior, com o devido respeito à tradição, para adequá-la às novas demandas sociais. Todavia, conforme alerta Thoreau:

A superfície da terra é macia e se deixa imprimir pelos pés dos homens; o mesmo ocorre com os caminhos por onde viaja a mente. Como, então, devem ser gastas e empoeiradas as estradas do mundo, como são fundos os sulcos da tradição e da conformidade! (THOREAU, 2010)



Ter os pés no chão, buscar e ter a tradição como parceira, permitindo ao novo o seu espaço de criação e transformação da realidade, assumindo o papel de protagonista, eis uma atitude dos verdadeiros mestres. E é assim que nos propomos a colaborar para a reinvenção das práticas e para a promoção da saúde. Com juventude, que não se confunde com pouca idade, mas com o destemor de estar em sintonia com o seu tempo e de experimentar o novo; com coragem, com o enfrentamento e com o despimento das vaidades, que não nos permite compreender a nossa finitude, e que o nosso destino, invariavelmente, é o mesmo de todos: pobres, ricos, negros, brancos etc. Se isso não nos diferencia, não significa que nos faça conformar, pelo contrário, deve nos mobilizar, enquanto profissionais da Saúde, no sentido da preocupação política e da cooperação para o empoderamento e desenvolvimento da autonomia das pessoas no exercício da participação e controle social da saúde, promovendo o fortalecimento e ampliação do SUS e seus serviços.

Em especial essa menção destina-se àqueles que desejam e irão tornar-se médicos. A medicina deve ir para além dos gabinetes e consultórios. É uma arte, não apenas técnica e deve ir aonde o povo está. A tarefa não é fácil e nos traz à lembrança a célebre frase de Virchow (apud ROSEN, 1979, p. 80): “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala.” Isso nos serve de alerta para o grande compromisso que assumimos, doravante, como egressos do BI, que é: ter um entendimento diferenciado em relação às práticas de saúde, promovendo a humanização, a integralização, a participação e a universalização onde quer que atuemos. O momento é mesmo de festa, celebremos então. Saúde para todos e que o Deus de cada um de nós acompanhe, firme e intensamente, os nossos passos! Bondade e misericórdia certamente nos seguirão, todos os dias das nossas vidas! Obrigado!

## Referência

- MATURANA, H. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 1997.
- THOREAU, Henry David. *Walden*. New York: Time, 2010. p. 305.
- ROSEN, G. O que é a medicina social. In: \_\_\_\_\_. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

## Posfácio II

Discurso de Milena Araújo Silva Sá no ato de formatura da 1ª turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Palácio da Reitoria da Universidade Federal da Bahia.

16 de janeiro de 2012.

Boa noite a todos e todas!

É com muito orgulho que, em nome da 1ª Turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, me coloco diante de todos vocês: Formandos e Formandas, Diretor, Vice-Diretor, Professores, Funcionários, Pais, Familiares, enfim... Amigos e Amigas.

Representar uma turma em plena formatura não é tarefa fácil. Como exprimir em palavras os sentimentos de todos os formandos pela celebração desta conquista tão importante e composta por trajetórias tão diferentes? Nem que eu tivesse o maior poder de síntese do mundo e a noite inteira para discursar, conseguiria expressar o que vocês merecem ouvir depois de tanta luta, estudo, esforço, incerteza, alegria.. É, nossa história é realmente longa e intensa.

Lembro como se fosse hoje do dia em que chegamos, em março de 2009, no PAF III, com os corações empolgados não somente por ter dado um dos passos mais importantes da vida, que é o de fazer parte do pequeno grupo de privilegiados que tem a oportunidade de cursar um nível superior, mas por estarmos de fato dando um tiro no escuro. Talvez optar pelo BI tenha sido uma das loucuras mais certas que já fizemos na vida.

É impossível esquecer o quanto que naquela primeira semana reclamamos de não aguentar mais explicar para as pessoas o que é o BI e quando achamos que íamos encontrar respostas, nos deparamos com mais e mais perguntas: O que é universidade? O que devemos ser? O que eu quero depois daqui? Que componentes cursar? e a mais marcante de todas: O que é saúde? Essa eu tenho certeza que ficará guardada para sempre.

Tentando parar para resumir o que realmente representa esse percurso de três anos, acho que a palavra certa seria: INTERROGAÇÃO. Aprendemos ao longo destes poucos anos que melhor que uma boa resposta é uma pergunta

bem feita. Respostas concretas, exatas e precisas foram o que mais faltou nessa nossa experiência, talvez por isso ela tenha sido tão rica.

Tivemos a oportunidade de conviver com todo tipo de pessoas. Cada um e cada uma com um conjunto de características fundamentais por tornar essa turma tão singular. Alguns questionadores, outros marcados pela capacidade de expressão e liderança; outros caracterizados pela organização e pontualidade. Há também aqueles conhecidos por serem bastante emotivos, outros cotidianamente desesperados, aqueles que só incorporaram a palavra preocupação em seu vocabulário nos 45 minutos do segundo tempo. Tivemos aqueles reconhecidos pela dedicação e persistência, outros pela lealdade. E como não poderiam faltar, aqueles responsáveis por bagunçar nas aulas, organizar os *BIS Beach*, providenciar a cervejinha depois de provas cabeludas, tocar violão, pedir uma Skinka de laranja na primeira saída com os colegas de faculdade, bater a porta da sala em meio a um seminário, indicar o Serviço de Orientação ao Estudante para coleguinhas, ir para o posto em épocas de fofocas e estresse e por aí vai...

Depois de tudo isso, é importante nunca nos esquecermos de onde viemos e que mudanças sofremos ao longo desses desafiadores e, muitas vezes, dolorosos anos. Dolorosos sim, pois não é fácil participar da construção de uma nova proposta de educação dentro de uma Universidade que ainda não estava preparada para nos receber. Acredito que, apesar de tudo, foi a união entre estudantes, funcionários e professores que nos permitiu estar aqui esta noite.

Apesar da saudade que se ascende a cada palavra, sabemos que esta solenidade é o marco da nossa vitória. Estamos conquistando aqui e agora a concretização de uma parte das nossas projeções, de mais um passo em direção à realização dos nossos sonhos. Independente do que faremos depois daqui, tenho certeza que será com muito mais maturidade, responsabilidade e compromisso!

Aproveito para deixar registrado nosso sincero agradecimento à equipe de docentes por compartilharem conosco todo o conhecimento que possuem e por nos ajudar a entender que somos sujeitos do nosso processo de aprendizagem e não um “copo vazio a ser preenchido”. Vocês nos ensinaram muito mais do que é necessário para ser um bom profissional e sim como sermos mais humanos e verdadeiros cidadãos. Acredito que a única coisa que não conseguimos internalizar foi o comentário do nosso querido e inesquecível Monclar, que parafraseou Nelson Rodrigues: “Jovens, envelheçam!”

Agradecemos também aos funcionários do IHAC, que sempre tiveram muita paciência diante das nossas dúvidas, conflitos e ansiedade para resolvermos as pendências de nossos semestres. Que não foram poucas, diga-se de passagem! Vocês foram e são fundamentais para o sucesso do nosso projeto.

Agradecemos também à direção do IHAC, ao coordenador acadêmico, às demais unidades da UFBA, à SESAB e aos convidados aqui presentes que muito contribuíram e contribuirão para a consolidação dos Bacharelados Interdisciplinares.

Agradecemos ao Centro Acadêmico do BI em Saúde (CABIS), entidade que eu tive o orgulho de participar nestes 3 anos, por todo esforço e dedicação em prol do nosso projeto.

Agradecemos a Deus, em suas diversas formas e manifestações, e a nossos familiares por nos ter dado força, estrutura e o amor inabalável que nos ajudaram a vencer todas as etapas desta caminhada.

Para finalizar, gostaríamos de enfatizar que este momento não é um momento de tristeza porque nos despedimos. Não; este é um momento de reflexão, de aceitação. De olhar para frente. Um momento de admitir que a vida de cada um de nós é feita de fases. Tudo muda. O mundo muda; mudamos nós. Amadurecemos, e não envelhecemos, só envelhece quem quer. Nossas prioridades mudam e mudarão; nossa leitura de mundo, também. Devemos não nos entristecer porque as coisas acabaram, e sim agradecermos porque elas existiram. Aliás, nada aqui acabou; muito pelo contrário. Esse é tão somente o começo, o ponto de partida para uma geração com vontade e disposição para mudar as coisas. Mudar a própria sina, mudar a realidade que nos cerca. Chegou a vez dessa geração, da nossa geração mostrar para o mundo lá fora que tipo de ensinamento que recebemos. No fim, como já diria um grande sábio: “O importante é não deixar cair!”.

Muito obrigada!

## Posfácio III

Discurso de Naomar de Almeida Filho no ato de formatura da 1ª turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Palácio da Reitoria da Universidade Federal da Bahia.

16 de janeiro de 2012.

Saudação aos formandos no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia

Queridos alunos e alunas

Sinto-me profundamente honrado e sinceramente feliz por ter sido escolhido como Paraninfo desta turma de formandos, alegres e orgulhosos. Esta turma histórica de formandos. Quero antes de tudo dizer que vocês agora fazem parte da História da Universidade Brasileira. Na verdade, vocês estão construindo essa história. Dentro de alguns momentos, vocês serão os primeiros Graduados no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde de todo o Brasil!

Desejo em primeiro lugar compartilhar esta carinhosa homenagem, neste momento histórico, com quem de fato merece, o corpo docente do BI em Saúde, quase todo formado por meus queridos ex-estudantes, agora doutores e pesquisadores: Carmen, Adriana, Ana Amélia, Luís Augusto, Maria Caputo, Renata, Thereza, Vanessa e Vlândia. Aceitei a indicação de ser Paraninfo desta formatura porque aqui me sinto representante dessa equipe que implantou o Curso, superando resistências e obstáculos, com a ajuda de talentosos consultores e de gestores acadêmicos dedicados, como os Diretores Albino Rubim e Sérgio Farias, o ex-Vice-Reitor Francisco Mesquita e o ex-Pro-Reitor Maerbal Marinho.

Pretendo retribuir essa distinção com uma breve aula, escrita e lida como nos velhos tempos da universidade clássica, quando os professores eram chamados de Lentes porque eram leitores de suas aulas.

Vou falar sobre três assuntos. E prometo fazê-lo de modo conciso e leve, consciente da justa ansiedade de vocês pelo momento da celebração.

Primeiro proponho fazer uma reflexão breve sobre o que é esse Grau Universitário que se chama Bacharelado e, em seguimento, o que implica cursar um Bacharelado Interdisciplinar. Com uma revisão rápida de história,

conceitos e modelos curriculares, vou mostrar como, inspirados em Paulo Freire e em Anísio Teixeira, adotamos no BI uma Pedagogia da Autonomia e cultivamos a Responsabilidade Política como valor acadêmico principal.

Em segundo lugar, pretendo explicar, dentro dos limites da minha competência, por que o BI é muito mais que uma resposta racionalizadora à crise da educação superior em geral e, em particular, por que o BI em Saúde significa uma revolução pacífica na Educação Superior em Saúde.

Por último, falarei sobre expectativas e possibilidades que nós, membros das equipes de concepção e implantação dos Bacharelados Interdisciplinares, postulamos para vocês, orgulhosos e alegres estudantes que nesta data se graduam neste BI em Saúde, numa instituição universitária pública, socialmente referenciada, reconhecida pela excelência nos seus campos de formação.

Esta *Aula da Saudade* – assim os saudosistas gostam de nomear os discursos de paraninfa – tem três finalidades:

Primeiro, pais, parentes e convidados poderão ter uma ideia ainda mais clara sobre o que consiste a inovação pedagógica e acadêmica do BI.

Segundo, vocês mesmos poderão refletir criticamente se, e de que modo, nossos princípios, intenções e metas foram de fato alcançados no curso que ora acabam de concluir.

Terceiro, vocês poderão se perguntar, de modo íntimo e sincero, se estão de olhos voltados para o Futuro, prontos a prosseguir nas trajetórias e trilhas de crescimento humano e social a que se destinam, continuando a construção dessa história.

### Por que o Bacharelado Interdisciplinar

O termo Bacharelado vem do Latim *baccalaureate*, que significa “láurea pequena”. O radical *lauris*, *laurea* vem de louro, folha do loureiro, planta sagrada para os romanos, que homenageavam os vitoriosos com uma coroa de folhas de louro, daí a expressão “os louros da vitória”. Em vários sistemas universitários no mundo, o título designa o Grau Universitário correspondente ao primeiro ciclo de formação, como *Bachelor* nos países anglo-saxões ou *Bachelier* na França. No Brasil, o termo Bacharel tem sido utilizado para nomear diplomas profissionais, como, por exemplo, Bacharel em Direito ou em Administração, ou para indicar graus acadêmicos mono-disciplinares, como Bacharel em Física ou em Biologia.

Hoje, pensadores importantes contestam as abordagens mono-disciplinares e muitos educadores consideram a interdisciplinaridade como um novo paradigma epistemológico. Concordo que superar a fragmentação do conhecimento em disciplinas e subdisciplinas é crucial para o desenvolvimento científico, tecnológico e humano no mundo de hoje. Mais ainda, creio que se trata de uma questão de formação cultural e não só de “instrução pública”, como queriam os ideólogos da Revolução Francesa, em sua campanha para fechar as universidades, símbolo da decadência aristocrática, e substituí-las por escolas isoladas e faculdades.

Aliás, a palavra disciplina vem de “discípulo”. Inicialmente significava um tipo particular de iniciação, uma doutrina, um método secreto de ensino. Só depois veio a designar o ensino-aprendizado em geral e o seguimento obediente e rigoroso de regras e ordens.

Na conjuntura brasileira atual, a universidade às vezes consegue cumprir sua função de formar profissionais tecnicamente competentes, instruídos e ensinados, disciplinados, mas permite, por omissão, que os alunos saiam dela incultos e pouco criativos. Por isso, temos defendido que a Universidade precisa recuperar duas missões: cultura e criatividade. E isso pode ser feito redefinindo-se pela inter ou transdisciplinaridade.

E em que momento da formação a interdisciplinaridade deve aparecer? Muitos defendem que isso só pode ocorrer na pós-graduação avançada. Mas nós que lutamos pela renovação da Universidade brasileira temos opinião diversa: acreditamos que a interdisciplinaridade deve ser introduzida desde o começo da formação universitária, num Regime de Ciclos de Formação.

Com o REUNI, foi desencadeado o que no futuro será reconhecido como a Reforma Universitária de 2008. Entre outras medidas, um plano de investimento maciço veio a duplicar o tamanho da rede de universidades federais, com abertura de cursos noturnos, ampliação da Pós-Graduação, recuperação do financiamento e contratação de quadros docentes. No bojo desse Programa, fomentou-se a implantação de cursos de graduação em regime de ciclos, representados no Brasil por uma nova modalidade de curso superior como primeiro ciclo: o Bacharelado Interdisciplinar.

E como funciona a modalidade de Bacharelados Interdisciplinares? Os Bacharelados Interdisciplinares, que abreviamos na sigla BI, compreendem cursos de três anos, oferecidos em quatro grandes áreas de formação: BI em Ciência & Tecnologia; BI em Artes; BI em Humanidades; BI em Saúde.

Nossa proposta é fomentar a formação dos estudantes universitários em eixos ou temas relevantes da cultura contemporânea. Para isso, adotamos uma Pedagogia da Autonomia, fomentando nos alunos a capacidade de auto-formação, treinamos suas habilidades críticas, como levantar questões e buscar respostas e sempre os encorajamos a tomar decisões maduras e informadas; na formação geral, cultivamos o sentido de responsabilidade e a independência intelectual como valor acadêmico. Com esse espírito, baseamos a estrutura curricular e o sistema de títulos do modelo Universidade Nova, aplicado na UFBA desde 2008, com o REUNI, na formação de todos os alunos nas três culturas que identificamos como estruturantes dos saberes e práticas do mundo contemporâneo: Artes, Humanidades, Ciências.

Nessa fase da formação geral se introduziria o conceito de “interdisciplinas”, expressando estudos sobre temas/problemas complexos, irreduzíveis aos recortes mono-disciplinares, onde se aplicam componentes curriculares que abordam campos temáticos que envolvem e articulam mais de um campo disciplinar. Numa segunda etapa, os alunos que quiserem uma formação profissional podem optar por áreas de concentração equivalentes, antecipando componentes curriculares dos programas dos cursos tradicionais. Infelizmente ainda temos muito que avançar nesses elementos do projeto e, para isso, esperamos contar com maior integração do modelo inovador na estrutura herdada da instituição UFBA.

A reestruturação de arquitetura curricular, implantando modelos de ciclos, com o primeiro ciclo de formação geral, flexível e mutável, também deve ajudar a extinguir o perverso filtro social chamado vestibular. Num primeiro ciclo com formato interdisciplinar, a competição por vagas deve se equilibrar e a seleção por mérito acadêmico se dará processualmente, já dentro da universidade.

Finalmente, o potencial de internacionalização do BI é grande, pois esse modelo é compatível com o *college* dos EUA e com o *Bachelor* de Bolonha da União Européia. Portanto, cada um de vocês que hoje se forma, com maior facilidade que qualquer outro egresso da graduação no Brasil, terá títulos e históricos escolares reconhecidos nos principais centros de formação superior no mundo, nas melhores universidades da América do Norte, da Ásia e da Europa.

Esse projeto não é realmente uma novidade histórica. Na verdade começou com Anísio Teixeira, em 1935 na UDF e em 1961 na UnB. Nessa fase atual,



foi primeiro implantado na Universidade Federal do ABC, em 2006. Diferentes formatos de Bacharelado Interdisciplinar já foram implantados em pelo menos 15 universidades brasileiras. Mas como BI em Saúde, o nosso é pioneiro.

Recebemos uma ótima notícia recentemente: essa nova modalidade de curso superior já foi reconhecida pelo CNE e homologada pelo MEC.

### Revolucionar a educação superior em saúde no Brasil

Como disse, o BI em Saúde significa muito mais que uma resposta racionalizadora à crise da educação superior em geral e da educação em Saúde, em particular. Para fundamentar esse ponto, vou propor e defender as seguintes teses:

- a) Há algo de (profundamente, estruturalmente) errado com o Sistema de Saúde Brasileiro, resultante da incapacidade do ensino superior tradicional atuar na formação de trabalhadores em Saúde competentes, criativos e críticos.
- b) Formar trabalhadores competentes, criativos e críticos é tarefa de extrema relevância e complexidade, muito mais do que treinar profissionais eficientes e disciplinados.

Antes da década de 1980, não existia sistema público de saúde no Brasil. Pacientes ricos eram tratados em instituições privadas, pagando diretamente suas despesas; e trabalhadores que adoeciam tinham acesso a clínicas e hospitais vinculadas à previdência social e aos sindicatos. Nas áreas urbanas, os pobres precisavam procurar ajuda nas superlotadas instituições filantrópicas ou públicas, como hospitais universitários, que aceitavam indivíduos em estado de indigência. Nas áreas rurais, camponeses e meeiros tinham de confiar em curandeiros ou cuidadores leigos não treinados para suas necessidades de saúde.

A Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Em consequência, o Sistema Único de Saúde, ou SUS, foi posteriormente organizado, obedecendo princípios de universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, financiado com recursos públicos para prestação de cuidados de saúde gratuitos para todos os cidadãos brasileiros.

A correlação de forças políticas e institucionais progressistas que redemocratizou o Brasil ampliou indiscutivelmente a transparência e a participação social na gestão pública do setor saúde, porém o sistema público de saúde padece de subfinanciamento, além de sofrer com problemas gerenciais graves, o que resulta em profunda insuficiência de qualidade. Isso se deve, em grande medida, à dissonância entre missão do SUS e processos e objetivos concretos do sistema de ensino superior. De fato, a força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para boas práticas baseadas em evidência científica, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que realmente operam o sistema.

A partir da década de 1970, emergem novos conceitos de Promoção da Saúde e Cuidado Integral à Saúde o que demanda modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social. Em vários países, modelos de formação recuperam o humanismo e reforçam a capacidade crítica dos trabalhadores em saúde, redefinem saúde como mais do que mera ausência de doença e negam-se a tratar o ser humano que sofre como um mero biomecanismo a ser reparado em seus desvios e defeitos.

Infelizmente, no Brasil, sofremos com as distorções de práticas assistenciais hospitalocêntricas e especializadas, de viés privatizante, por sua vez resultantes de modelos de ensino incapazes de atender às necessidades sociais de saúde. Por um lado, a formação dos médicos articula-se de modo deficiente ou distorcido à formação de outros trabalhadores de saúde e, por isso, não conseguimos formar profissionais capazes de trabalhar em equipe. Por outro lado, o modelo de formação predominante no país não tem conseguido graduar trabalhadores de saúde com atitude analítica e crítica frente ao conhecimento prático necessário ao cuidado, efetivamente preparados para educação permanente e constante aperfeiçoamento e à atualização continuada da capacitação científica e tecnológica.

O modelo brasileiro de formação em medicina, odontologia, farmácia, nutrição, enfermagem, psicologia e outras profissões relacionadas à saúde foi consolidado pela Reforma Universitária de 1968. Nesse modelo, que ainda prevalece na universidade brasileira, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes jovens e imaturos são forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira muito cedo em suas vidas.

Vários problemas ou defeitos caracterizam esse modelo. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursinhos preparatórios caros, transforma-os em verdadeiros monopólios das classes afluentes, cujos membros tendem a apoiar abordagens individualistas aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para outros estudos mais gerais, necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe.

Em suma, a questão-chave para a formação em saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde. O perfil profissional dos egressos dos cursos de graduação em saúde revela pouco comprometimento com o SUS e com aspectos centrais da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica), resultando em indivíduos imaturos e despreparados para cuidar das patologias mais prevalentes no país. As condições atuais de precarização do trabalho em saúde exemplificam claramente que o graduando em saúde não está preparado para assumir seu papel em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde, pouco ou nada conhece da realidade situacional, resistente a mudanças que confrontam o *status quo* vigente.

A formação em saúde fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, desvinculada do contexto sócio-cultural, compromete todas as etapas do processo de produção da saúde na sociedade. Sem dúvida, a superação dessas questões exige mudanças na formação do profissional de saúde, valorizando as vertentes da humanização, da solidariedade e da participação social. Para formar trabalhadores de saúde competentes, criativos e críticos precisamos de projetos político-pedagógicos efetivamente revolucionários, embasados, em primeiro lugar, no reconhecimento de demandas sociais e dívidas históricas, em segundo lugar, na sintonia com determinantes institucionais e, em terceiro lugar, em objetivos acadêmicos e tecnocientíficos bem definidos.

Por todas essas razões, justifico nosso entusiasmo com a implantação do Regime de Ciclos para a formação de trabalhadores ou profissionais do

cuidado à saúde. Isso permite, num primeiro momento, o contato e reflexão do aluno com questões científicas, artísticas, políticas e sociais amplas, aprofundando a compreensão sobre seu papel na sociedade contemporânea e sua participação como cidadão. O benefício imediato para os cursos profissionais de segundo ciclo será o ingresso de um aluno mais maduro, capaz de analisar criticamente suas decisões, portador de uma visão humanitária, política e social, e cômico de sua vocação e posição num contexto mais amplo de produção social da saúde.

### O que esperamos de vocês, interdisciplinares

Cabe-me agora repassar alguns pontos, que parecem conselhos, mas não são. Trata-se mais de lembretes e convites para que continuemos ligados por meio desse projeto coletivo, solidário e compartilhado que construímos.

Lembrem sempre que não devemos confundir profissão com trabalho nem profissionalização com formação. A profissão compreende um mercado de trabalho e implica um papel social, com vínculos, juramentos e ritos de passagem para marcar não somente a saída da instituição universitária mas principalmente a entrada no mundo das corporações de ofício. Creio que este é o motivo dessa Universidade das profissões ter renunciado, quase sem sentir, ao mandato acadêmico das solenidades de formatura. Já compartilhei minha posição sobre esse tema num pequeno texto que distribuí a todos os alunos dos BI e nas redes sociais.

Sobre isso, gostaria somente de assinalar dois aspectos particulares e exclusivos da formatura de cursos de primeiro ciclo. Primeiro, o significado profundamente distinto desta solenidade – aqui quem se gradua não se despede nem se desliga da Universidade. Diferentemente dos cursos de habilitação profissional, a colação de grau não significa rito de passagem para fora da instituição. Muitos, certamente a maioria de vocês, devem continuar alunos da UFBA, reingressando em cursos de segundo ciclo. E quem não o fizer, poderá a ela retornar em outro momento mais maduro de suas vidas.

O segundo ponto tem a ver com nosso compromisso com a transformação do mundo, das instituições, das pessoas, de nós mesmos. Tem algum sentido, num mundo que se transforma cada vez mais rapidamente, a mera preservação de padrões e paradigmas antigos e estabelecidos? E se não vamos

temer as mudanças, como sermos protagonistas nos processos de concepção e realização do novo?

O Instituto Milton Santos de Humanidades, Artes e Ciências deu a vocês uma ideia do que é uma universidade verdadeira, ajudando-os a formular questões que serão definidoras da vida de cada um de vocês como cidadãos, trabalhadores, intelectuais, sujeitos históricos e, principalmente, como pessoas. Muitos de vocês pretendem prosseguir na formação universitária, ingressando em cursos de segundo ciclo. Nessa nova etapa, sem deixar de ser cidadãos, intelectuais, sujeitos históricos e pessoas vivas e criativas, vocês poderão construir perfis de carreiras profissionais ou avançar na formação acadêmica.

Em nome dos professores do BIS, desejo enorme sucesso a todos e todas. Mas antes os convido a refletir um pouco mais sobre o que é sucesso. Será que sucesso quer dizer êxito num projeto pessoal, numa carreira individualista? Ou quer dizer participar como construtor crítico em projetos coletivos, solidários e compartilhados, socialmente relevantes?

Formar agentes de mudança, sujeitos históricos competentes, criativos e críticos. Este foi certamente o diferencial do tipo de formação que nós, docentes responsáveis pela implantação dos BI, buscamos cultivar, com carinho, firmeza e às vezes insistência, no vínculo pedagógico que construímos nesses três anos de convivência. Fortes resistências institucionais internas, muitas amarras burocráticas, medos e inércias, sereias e fantasmas de nossas próprias mentes, pautadas por antigas trajetórias de formação, tudo isso superamos com a ajuda de vocês. Para sermos coerentes, tivemos que começar e continuar a mudar as coisas, os lugares, as rotinas e, enfim, as pessoas; e, mais importante ainda, como aprender com esse fazer diferente.

Agora o desafio está fora do IHAC, nas faculdades e escolas aonde muitos de vocês devem ingressar em breve. Com a Reforma Universitária de 2008, é uma pena que a maioria das universidades e, em nosso caso, a maioria das unidades de ensino tenha optado por ampliar os modelos antigos, para fazer mais do mesmo, em vez de buscar a inovação estrutural da educação superior.

Este é o convite que faço a todos vocês: nas escolas, faculdades e cursos aonde vocês prosseguirão em segundo ciclo, sejam os agentes de mudança. Lembrem que o projeto do BI em Saúde, esse curso diferente que forma sujeitos críticos e questionadores, dependerá muito do sucesso conjunto de vocês nas escolas e faculdades da UFBA. Para isso, continuem unidos, reforcem os vínculos de amizade e companheirismo semeados durante o BI, criem grupos

## Sobre os autores

---

### **Adriana Miranda Pimentel**

Terapeuta ocupacional formada pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). Coordenadora do componente curricular: Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde do BI em Saúde desde 2010; vice-coordenadora do BI em Saúde (2012-2013); coordenadora atual do BI em Saúde e docente do componente curricular: Saúde e Cidade, desde 2010. Docente do programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA, desde 2013.

### **Anamélia Lins e Silva Franco**

Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Coordenadora do BI em Saúde (2011-2013). Atualmente Coordenadora Acadêmica do IHAC e docente dos componentes curriculares: Estudos da contemporaneidade; Campo da saúde: saberes e práticas; Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde; Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas.

**Bárbara Menezes da Silva**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS) no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Brian Teles Fonseca de Macêdo**

Psicólogo. Mestrando do programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA. Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Bruno Adelmo Ferreira Mendes Franco**

Fisioterapeuta. Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS) e da Atividade Permanente de Extensão AIDS: Educar para Desmitificar no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Carmen Fontes Teixeira**

Médica. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora associada 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, na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. 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). Coordenadora do BI em Saúde de 2008 a 2011. Docente dos componentes curriculares: Estudos da contemporaneidade; Introdução ao campo da saúde; Campo da saúde: saberes e práticas; Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas; Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde; Saúde, educação e trabalho; Iniciação científica em saúde.

**Claudineia Galvão da Cruz**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde (UFBA). Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Daisy Guerra Kitaoka**

Arquiteta. Bacharel Interdisciplinar em Artes pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**David Ramos da Silva Rios**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC). Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**David Velanes de Araújo**

Graduado em Licenciatura em Filosofia. Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Evelyn Martins Reale de Oliveira**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS) no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

**Gezilda Borges de Souza**

Bacharel Interdisciplinar em Humanidades (UFBA). Mestranda do programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA.



### **Iracerra Almeida de Lima Barreto**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Ciências Jurídicas. Licenciatura em Ciências Exatas – Matemática. Especialista em Gestão Social para o Desenvolvimento. Especialista em Direitos Humanos. Orador oficial da formatura da 1ª turma do BI em Saúde.

### **Karla Guedes de Azevedo Hegouet**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBIEX) da UFBA. Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

### **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 2011–2013. Docente do Programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre Universidade do IHAC-UFBA e do Programa de pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Vice-coordenador do Programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre Universidade do IHAC-UFBA. Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). Docente dos componentes curriculares Estudos da contemporaneidade; Introdução ao campo da saúde; Campo da saúde: saberes e práticas; Oficina de Textos acadêmicos e técnicos em saúde do BI em Saúde.

### **Marcelo Nunes Dourado Rocha**

Odontólogo. Mestre em Saúde Comunitária pelo PPGSC-ISC-UFBA. Doutorando em Saúde Coletiva do PPGSC-ISC-UFBA. Professor da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Professor substituto do BI em Saúde em 2010, atuando nos componentes curriculares Introdução ao campo da saúde e Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas alternativas.

**Marcos Vinicius Ribeiro de Araújo**

Fonoaudiólogo. Mestre em Saúde Comunitária e Doutorando em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professor substituto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA) em 2011–2013. Professor Assistente do curso de Fonoaudiologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS-UFBA) desde 2013. Participante do grupo de pesquisa *Planificação, Gestão e Avaliação em Saúde* (ISC-UFBA). Docente dos seguintes componentes curriculares do BI em Saúde: Estudos da contemporaneidade; Introdução ao campo da saúde; Saúde, educação e trabalho; Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde; Tópicos Especiais em Saúde (com ênfase em Saúde da População Negra).

**Maria Constantina Caputo**

Médica. Psicóloga Social. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Membro do grupo de pesquisa *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Docente dos componentes curriculares: Introdução ao campo da saúde; Campo da saúde: saberes e práticas e Coordenadora do componente curricular *Saúde, Educação e Trabalho*, desde 2010. Docente do programa de pós-graduação: *Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA*.

**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 Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente do Programa de pós-graduação: *Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do IHAC-UFBA, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Saúde Mental*, do ISC-UFBA e do *Mestrado Profissional em Saúde Coletiva*, do 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 BI em Saúde (2009-2011). Coordenadora dos componentes curriculares *Introdução ao Campo da Saúde e Campo da Saúde: Saberes e Práticas*, desde 2009.

### **Maurício de Souza Campos**

Biólogo. Advogado. Bacharel Interdisciplinar em Saúde (UFBA). Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e da Atividade Permanente de Extensão AIDS: Educar para Desmitificar.

### **Milena Araújo Silva Sá**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde (UFBA). Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e da Atividade Permanente de Extensão AIDS: Educar para Desmitificar.

### **Naomar de Almeida Filho**

Médico. Mestre em Saúde Comunitária UFBA. PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill. Prof. Titular de Epidemiologia no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Professor permanente do Programa de pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade de Lanús, Argentina. Docente do Programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre Universidade do IHAC-UFBA. Professor do Programa de pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Reitor da Universidade Federal da Bahia no período 2002-2010 e da Universidade Federal do Sul da Bahia desde 2013. Docente do componente curricular Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde, no BI em Saúde, em 2010–2011.

### **Nelson Junot Borges**

Graduado em Comunicação Social com Publicidade e Propaganda. Bacharel Interdisciplinar em Saúde (UFBA). Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e da Atividade Permanente de Extensão AIDS: Educar para Desmitificar no IHAC/UFBA.

### **Renata Meira Vêras**

Psicóloga. Fisioterapeuta. Mestre e Doutora em Psicologia Social. Professora adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente do Programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre Universidade do IHAC-

-UFBA. Coordenadora do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Docente dos componentes curriculares: Saúde, educação e trabalho; Saúde e cidade.

**Tâmila Pires da Silva**

Bacharel Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participante do grupo de pesquisa SAVIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade) e da Atividade Permanente de Extensão AIDS: Educar para Desmitificar no IHAC/UFBA.

**Vanessa Prado dos Santos**

Médica. Mestre e Doutora em Medicina (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. Docente dos componentes curriculares: Estudos da contemporaneidade; Campo da saúde: saberes e práticas; Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde; Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde.

**Vitória Ferreira Barreto**

Psicóloga. Mestranda do programa de pós-graduação: Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC-UFBA. Participante do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Qualidade de Vida (IHAC/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 Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). Professora adjunta do IHAC-UFBA (2011-2012) e do IPS-UFBA desde 2012. Docente dos seguintes componentes curriculares do BI em Saúde, no período de 2010 a 2012: Introdução ao campo da saúde; Campo da saúde: saberes e práticas; Tópicos Especiais em Saúde (com ênfase em Saúde Mental).

COLOFÃO

Formato	16 x 24 cm
Tipologia	Conduit ITC e ITC Slimbach
Papel	Alcalino 75g/m (miolo) Cartão Supremo 300 g/m <sup>2</sup> (capa)
Impressão	EDUFBA (miolo) Cian Gráfica (capa e acabamento)
Tiragem	400 exemplares

*O que é o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde? Como surgiu essa proposta, em que contexto e por quê? Como foi elaborado e como está sendo implantado o projeto? Que desafios o BI está enfrentando para se institucionalizar na UFBA? Que resultados estão sendo alcançados? Que mudanças o BI Saúde pode produzir na formação de pessoal na área de Saúde? Como o BI Saúde se articula com os cursos profissionais da área? Quais as perspectivas dos egressos do BI Saúde com relação ao mercado de trabalho no setor?*

Estas e outras perguntas os textos contidos neste livro buscam responder, com base na experiência de um conjunto de docentes e alunos envolvidos no processo de elaboração do projeto político pedagógico e na implantação do BI em Saúde na Universidade Federal da Bahia.



**fapesb**   
Fundação de Amparo  
à Pesquisa do Estado da Bahia