



ARTIGO

EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO DOCENTE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DO MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE COLETIVA: A PRÁTICA DE SER PROFESSOR*THE TEACHING STAGE EXPERIENCE IN THE TRAINING OF THE ACADEMIC MASTER OF COLLECTIVE HEALTH STUDENTS : THE PRACTICE OF TEACHING*

LUCIANA MAIA SANTOS VIDAL¹, CAROLINA SERNA GUZMAN¹, CRISTIAN DAVID OSORIO FIGUEROA¹, JULIANA LARANJEIRA PEREIRA DOS SANTOS², ROSELY CABRAL DE CARVALHO³

1 - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Professora Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil

3 - Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

A experiência de ser professor no Estágio Docência por mestrandos de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) desvela possibilidades da prática do exercício de (des) construção de saberes em sala de aula e percepção das dificuldades nas práticas pedagógicas no ensino superior. O artigo pretende discutir o exercício da docência universitária de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico em Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), módulo que integra o currículo do Curso de Medicina da UEFS. As atividades foram desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) em duas áreas do George Américo e no Campo Limpo, em Feira de Santana, Bahia, com alunos do 4º Ano de Medicina da UEFS. Foi trabalhada, na contextualização dessa prática, a situação de violência vivenciada em uma das Unidades de Saúde da Família, a partir da realização de oficinas na comunidade que tiveram como finalidade gerar competências e novos sentidos para a prática docente universitária. Recomenda-se uma discussão mais ampliada na formação de redes sociais de apoio suficientes para lidar com os problemas, discutindo o aprendizado dos alunos nos ambientes comunitários.

Palavras-chave: Práticas pedagógicas; formação docente; ensino superior; saúde coletiva.

ABSTRACT

The experience of being a teacher in the Teaching Internship by MA students of Collective Health from the State University of Feira de Santana (UEFS) reveals possibilities of practicing the (de)construction of knowledge in the classroom and perception of difficulties in pedagogical practices in higher education. The article intends to discuss the exercise of university teaching of the Master's Program in Public Health – Academic Master's Degree in Integration, Teaching, Service and Community (PIESC), a module that integrates the curriculum of the Medicine Course from UEFS. The activities were developed at the Family Health Units (USF) in two areas of George Américo and Campo Limpo, in Feira de Santana, Bahia, with 4th year of medicine students from UEFS. On the contextualization of this practice, it was worked from a situation of violence experienced in one of the USF, the realization of workshops in the community that had the purpose of generating skills and new meanings for university teaching practice. It is recommended a broader discussion in the formation of sufficient social support networks to deal with the problems, discussing the students' learning in the community settings.

Keywords: Pedagogical practices; teacher training, higher education, collective health.



INTRODUÇÃO

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desempenha papel fundamental na expansão e consolidação da Pós-Graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado) em todos os estados da Federação, responsabilizando os Programas pela qualificação de professores e pesquisadores.

O Estágio Docência na graduação é entendido como parte integrante da formação de mestres e doutores, objetivando a formação dos pós-graduandos, a articulação com os Programas de Pós-graduação aos quais estão vinculados². Esse espaço de formação é um meio de contribuir para a construção identitária docente que, nas experiências vivenciadas em sala de aula, poderá confrontar os saberes aprendidos na academia e, simultaneamente, refletir de forma crítica sobre o fazer pedagógico docente, o qual é permeado pelas experiências que o aluno-professor carrega consigo³.

A atividade obrigatória de mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em disciplinas disponíveis nos diversos cursos de saúde, que contemplem conteúdos de saúde coletiva, é de extrema importância no desenvolvimento do ensino-aprendizagem da docência do ensino superior, uma experiência real de ser professor na prática do exercício de (des)construção de saberes em sala de aula com metodologias ativas.

Tais disciplinas estão regimentalmente habilitadas para receber o discente, funcionando o professor responsável do curso de graduação como espécie de tutor em campo, além da atividade de supervisão efetuada pelo docente responsável pela atividade, que faz parte do corpo do PPGSC.

A prática do estágio docência por meio dessa experiência trabalha intervenções multidisciplinares para prevenção e criação de estratégias de promoção da saúde de famílias em contextos comunitários. Compreender conceitos de vulnerabilidade nas dimensões individuais e coletivas dessas pessoas e famílias impõe o reconhecimento de marcadores sociais de processos de exclusão e da necessidade de garantia de direitos a acesso a políticas de saúde e educação, no sentido de efetivar-se na perspectiva proativa, preventiva e protetiva⁴.

O artigo pretende discutir o exercício da docência universitária por mestrandos de Saúde Coletiva da UEFS, nas Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), componente que integra o currículo do Curso de Medicina da referida universidade, articulando leituras do ensino superior de forma crítica e apontando elementos teóricos e empíricos dessa formação.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca das práticas do estágio docência de três discentes do Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva. Essas práticas tiveram lugar no módulo PIESC IV, que aconteceram no período de junho a setembro de 2016, em três Unidades de Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia.

Nas atividades de estágio docência ocorrem práticas de visitas domiciliares às famílias selecionadas nos módulos anteriores (PIESC I, II e III), com auxílio da Equipe de Saúde da Família (EqSF). As atividades realizadas durante esse período foram: orientações e intervenções de grupo sobre um problema determinado em oficinas com participação da EqSF e membros da comunidade; reflexões através de leituras de artigos relacionados aos temas propostos, de acordo com a necessidade de cada família orientações; correções dos Projetos Terapêuticos Familiares (produto final da disciplina); e confecção de *banners* para apresentação em *Workshop* da disciplina⁵.

O grupo do estágio docência era formado por três acadêmicos acompanhados, em cada USF, por um mestrando em saúde coletiva, um docente da disciplina e um grupo de discentes do curso de medicina, para cada três famílias. Todas as atividades realizadas durante o período de prática (consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde) foram registradas em uma planilha de intervenção e no Projeto Terapêutico Familiar (PTF).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira reflexão trata da violência no contexto da prática diária dos profissionais de saúde, professores, estudantes e estagiários em uma das Unidades de Saúde. A segunda análise desse relato apresenta atividades práticas que tiveram como finalidade gerar competências sobre relações e novos sentidos para a docência universitária e a necessidade da dinâmica relacional teoria/prática nos processos formativos de profissionalização dos estudantes de medicina e do estágio, no seu processo de apreender a docência.

Violência no contexto da prática de formação do profissional de saúde

A sociedade diariamente é informada de uma série de notícias acerca da violência no mundo e a evolução das redes sociais – a internet – contribui com a velocidade da disseminação da informação. Dentro dessa rotina de jornais, blogs e sites de opinião, transmitindo os atos violentos no mundo, às vezes a população se distancia da compreensão real do significado da violência, assumindo o posicionamento de agente externo e realizando críticas alinhadas com as dos autores, muitas vezes de forma simplória, culpabilizando o agressor.

A violência se constitui como um problema complexo e multicausal, originada da base social e que permeia muitas esferas, sendo uma delas o ambiente de trabalho.

Uma das áreas de trabalho mais afetadas pela violência é a saúde, por possuir um contato direto com o público e que precisa abranger os territórios de maior vulnerabilidade

social, que podem ou não coincidir com os espaços e com os níveis mais altos de criminalidade, gerando alta rotatividade dos profissionais da saúde e dificultando o acesso à saúde dessas populações⁶.

Nessa perspectiva, as práticas das PIESC não estão distantes da realidade que faz parte da tripla carga epidemiológica – persistência de doenças infecciosas; doenças crônicas e violência –, no Brasil. Tanto os docentes quanto os discentes estão expostos a esse fenômeno dentro das comunidades, como foi vivenciado em duas ocasiões pela professora titular e grupo de estudantes, e, em outra ocasião, por um estagiário e sua dupla (estudantes de medicina) de trabalho.

Dada a responsabilidade que carrega para a instituição expor médicos em formação e outros profissionais de saúde à violência, as atividades de visitas domiciliares foram canceladas até o final do semestre, sendo substituídas por atividades nos diferentes tutoriais do curso de medicina. Todavia, para os profissionais que atuam todos os dias nesses locais de trabalho a exposição ao perigo é contínua^{7,8}.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNST)^{9,8} aborda tal contexto:

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

Embora a definição na PNST tente de alguma forma inserir os diferentes tipos de violência, ao mesmo tempo deixa a desejar sobre a concepção do espaço, sendo que muitas vezes a agressão ocorre na chegada ou no término da jornada de trabalho ou, até mesmo, na realização de procedimentos externos ao local de trabalho.

Contudo, a discussão não se limita ao Brasil, outros países também atravessam essa mesma dificuldade, como a Austrália. Nesse país, 60% dos profissionais clínicos gerais relataram passar por uma situação de violência no ambiente de trabalho nos meses de agosto e setembro de 2004, sendo que os níveis ou a prevalência e/ou intensidade e quantidade aconteceram com as mulheres, geralmente na realização das visitas domiciliares¹⁰.

Dessa forma, é preciso repensar os mecanismos necessários para levar essa modalidade de atenção valiosa, devido aos múltiplos benefícios que a atenção domiciliar promove aos seus usuários. Lacerda, Giacomozzi, Oliniski^{11,94} enumeram que “o cuidado se torna individualizado, humanizado, diminui o risco de iatrogenia e, acima de tudo, contará com a participação do principal cuidador: o familiar ou o significativo”.

Recomendações têm sido descritas para lidar com a violência no espaço de trabalho, tais como: caracterização

completa da família e seus membros que serão acompanhados uma relação efetiva e real com a comunidade; não ser agentes externos para visitar uma família só, o qual pode gerar conflitos entre os vizinhos; segurança e acompanhamento institucional na realização das visitas e mesmo uma identificação francamente visível; assim como processos descritos e detalhados em caso de violência dentro do domicílio ou aos redores¹².

As políticas de zero tolerância como a que foi adotada pelo grupo das PIESC, não foram as mais adequadas segundo alguns autores, pois, na experiência de outros países, essa conduta não diminuiu o número de atos violentos no ambiente de trabalho. A naturalização desses incidentes impede a formulação de políticas. De imediato, deveria ter sido desenvolvida uma série de ações em conjunto com as autoridades policiais, a comunidade e a equipe de trabalho, a fim de evitar futuros incidentes^{10,12}.

As famílias são severamente castigadas por viver em condições de insegurança e situações de pobreza. A pesquisa de Elston et al¹³, realizada no Reino Unido, entre 1998 a 2001, revelou que a responsabilidade do profissional de saúde no cuidado dessas famílias e nesse contexto desempenha um papel importante de não naturalizar a violência como algo que não pode ser enfrentado e prevenido.

Para evitar exposição dos docentes universitários a novas situações de violência, foram discutidas intervenções em curto prazo pelo Curso de Medicina. Entretanto, naquele momento, cabia uma reflexão sobre o cotidiano violento das comunidades e consequentemente escolas e unidades de saúde presentes nesse contexto social que impõe mais prejuízos à comunidade (moradores e suas famílias) do que a professores e estudantes que foram vítimas de uma situação de furto e ameaça à integridade física. O papel do coordenador docente dessa prática não é negar as situações reais do cotidiano, consiste em realizar uma discussão mais ampliada de forma a gerar redes sociais de apoio suficientes para lidar com os problemas, destacando a importância dessa situação para o aprendizado dos formandos articulados aos ambientes comunitários.

Oficinas comunitárias, riscos e vulnerabilidades no processo saúde-doença-cuidado

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Segundo esta definição, a saúde é vista com um conceito negativo de ausência de doença. Outros fatores, além do sistema de saúde exercem influência na condição de saúde dos indivíduos e das populações, envolvendo setores como, por exemplo, a economia e o meio ambiente^{14,15}.

O trabalho comunitário da unidade sanitária usualmente se limita ao acompanhamento de gestantes, à realização de vacinações de rotina e à vigilância de algumas doenças infecciosas, como a tuberculose. Esse quadro está plenamente justificado, diante da escassez de recursos e da situação social

e ambiental deficiente, ainda prevalente em grande parte do país. Porém a transição epidemiológica pela qual o Brasil está passando faz emergir outros problemas, como violência e mortes por causas externas, pessoas com transtornos mentais e doenças do envelhecimento. Dessa forma, esse novo perfil de mortalidade agrega outros determinantes do ambiente social ou as características de indivíduos, herdadas ou adquiridas, associadas com a maior probabilidade de ter ou desenvolver um dano à saúde, chamadas genericamente de “fatores de risco”. Trabalhar as vulnerabilidades sociais e econômicas e a existência de maior risco para alguns indivíduos ou segmentos da população faz parte da prática, dos profissionais de saúde¹⁶.

A pobreza urbana, segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas, agrava-se ano a ano. Os conglomerados habitacionais estão formados por favelas, que são edificações muito rudimentares construídas no entorno das grandes cidades. Uma pesquisa realizada no México, em uma favela da cidade *San Luis Potosi* cujos indicadores foram comparados com os obtidos em uma zona de referência da própria cidade, teve como resultado que as crianças da favela possuíam mais que o dobro de prevalência de dermatites, infecções gastrointestinais, diarreias, anemia, desnutrição, presença de bactérias patogênicas no trato respiratório superior e parasitoses¹⁷.

Nos últimos anos, o desenvolvimento do conhecimento científico, aliado a uma maior consciência das pessoas sobre a influência da qualidade do ambiente na saúde, tem destacado o ambiente como um dos elementos mais importantes para o nível de saúde das populações. Situações ambientais globais que podem repercutir na saúde das pessoas incluem as mudanças da temperatura do planeta, causando o denominado efeito estufa que é relacionado com a frequência de várias doenças infecciosas, além do aquecimento dos mares; a destruição da camada de ozônio que potencializa o aparecimento de alguns tipos de câncer de pele; até questões mais gerais, como a miséria e a pobreza originadas de desequilíbrios sociais; assim como a degradação dos espaços urbanos causada pelas formas de organização da sociedade¹⁴.

A vigilância epidemiológica atenta para doenças (hipertensão, diabetes, acidentes, consumo de drogas) ou faixas etárias de maior risco (crianças, adolescentes e idosos). Para garantir a cobertura da saúde, esforços recentes têm sido feitos nas áreas rurais e urbanas mal servidas, através dos agentes de saúde. A popularidade desses profissionais de saúde adveio, principalmente, da experiência da China, um país de baixa renda per capita, que conseguiu oferecer um mínimo de cuidados à sua população de mais de um bilhão de habitantes através dos “médicos de pés-descalços”, função que no Brasil caberia a um profissional de nível médio, ou seja, como inspetores sanitários ou de saneamento, os atuais agentes de controle de zoonoses ou agentes de vigilância em saúde e os conhecidos agentes comunitários de saúde.

No Brasil tem exemplo dos agentes comunitários, a extinta Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública

(SESP) do Ministério da Saúde possuía os seus agentes de saúde, que atuavam em áreas desassistidas, integrados às comunidades do interior do país. Durante décadas, este órgão do Governo Federal formou pessoal auxiliar com o objetivo de funcionalidade de suas unidades locais, com amplas atividades extramuros. Entre esses agentes, encontram-se as visitadoras sanitárias, os guardas para a malária e os auxiliares de saneamento (antigos guardas sanitários)¹⁵.

No contexto das atividades desenvolvidas nas PIESC, foram realizadas algumas atividades nas visitas domiciliares com o intuito de gerar competências nos futuros médicos sobre a multicausalidade do processo saúde doença, assim como, intervenções que podem ser feitas sem demora no correto tratamento e prevenção de novos agravos.

Comunicação como estratégia para a construção do vínculo familiar

Uma atividade realizada em outra Unidade de Saúde da Família objeto da prática de estágio docência foi a oficina interativa realizada sobre comunicação com o intuito de, através do estímulo ao franco diálogo, esclarecer os problemas imbricados nas relações parentais dentro de um certo núcleo familiar, bem como fortalecer aquele núcleo. A abordagem se iniciou com uma pergunta simples, porém enfática a todos os participantes: “O que é família para você?”. A pergunta teve o intuito de criar um panorama do que seria aquela família sob o olhar de cada membro e, também, de seu conjunto. Nesse ponto, ressaltamos a grande divergência de respostas: houve quem dissesse que família nada mais seria que a si próprio e seu (s) herdeiro (s); quem incluísse os pais; e quem incluísse não somente os parentes consanguíneos, mas amigos e outras pessoas próximas. As respostas discordantes revelaram, inicialmente, o desacordo entre os membros. Excluir de sua resposta, naquele momento, membros ali presentes, reforçou, e muito, a instabilidade daquele núcleo. Além do considerável “peso” da mensagem deixada ali – “eu não os considero família” – o clima amistoso foi repentinamente desconstruído ou desfeito.

Na segunda etapa da oficina, em conjunto e em consenso, todos deveriam materializar o conceito anterior através de um desenho que contivesse todos os membros daquela família. O consenso foi atingido depois de uma conversa, num diálogo rudimentar e forçado. Com o uso de recursos materiais, em especial com possibilidade de visualização do resultado final, ficou claro que não existia diálogo entre os membros, e que apesar do convívio, existia, ali, alguma estranheza.

Na terceira e última parte, utilizou-se de *emojis*, previamente confeccionados e legendados, representando estados de alegria, tristeza, choro e raiva, para que os membros da família indicassem com os quais mais se identificavam. Essa estratégia se mostrou perfeitamente ajustada ao momento, pois revelou que os membros, apesar de expressarem-se e comunicarem-se com latente dificuldade,

não mostraram nenhum problema em indicar com qual face se identificavam. Assim, percebeu-se que parte da gênese do problema poderia advir não da capacidade de ouvir o próximo, mas de se expressar e externar fidedignamente o que se tem como sentimento íntimo. A emoção mais comum foi tristeza (três membros) e a menos comum foi alegria (um membro).

No círculo de debate ocorrido, houve a identificação pelos participantes da oficina que *“estar triste não é um sentimento exclusivamente negativo, mas pode ser um ponto de virada para vencer determinadas frustrações inerentes da vivência humana”* (fala de um participante). Curiosamente, o membro que se sentia alegre era justamente o que desconsideravam todos ali como parte de sua família no início da oficina. A partir desse momento, o diálogo prevaleceu. Com a insatisfação majoritária com o comportamento (alcoolismo) do membro motivador da tristeza, os discursos se encontraram, houve coesão e profundidade. Os participantes da oficina conversaram e desabafaram, tentando organizar-se e criar alternativas àquela situação.

Infelizmente, a solução para os problemas de base da família extrapola a capacidade de resolução de uma conversa ou diálogo pontual. Portanto, consideramos a intervenção bem-sucedida tanto na sua proposta de identificar o conceito de família ali existente, quanto de criar estímulos e alternativas ao diálogo como estratégia de fortificação dos laços familiares.

Práticas integrativas e complementares de saúde bucal

O objetivo da atividade foi mostrar que a confiança do médico de atenção primária é fundamental em toda forma de prevenção de agravos, embora o grupo de estudantes de medicina reconhecesse que a saúde bucal é uma atividade exclusiva do cirurgião dental. A atividade consistiu em conscientizar os membros da família, através de abordagens com múltiplos recursos materiais, a necessidade do cuidado com a higiene oral e conservação dos dentes.

Na prática do médico de família, muitas vezes aparecem doenças que podem ser primariamente atendidas com práticas de hábitos saudáveis como a melhoria da alimentação e a introdução de exercícios físicos, entre outros, saindo da perspectiva biologicista e médica. Essas práticas de promoção à saúde envolvem tecnologias leves sem necessidade de realizar um atendimento por múltiplos especialistas.

Num primeiro momento, valendo-se de um recurso denominado “Caixa Mágica” (caixa que continha alguns produtos utilizados em higiene oral e pessoal) foi solicitado que os membros escolhessem às cegas os itens e os identificassem posteriormente, já com os olhos abertos. O objetivo era avaliar o nível de instrução e uso dos produtos disponíveis. Todos os itens foram reconhecidos, suas funções foram quase sempre identificadas corretamente, entretanto reconheceu-se, no momento da dinâmica, que nem todos faziam parte da rotina daquela família. O não reconhecimento da escova de dente e seu uso correto na rotina de utilização dos membros

não incluíam três escovações diárias. Outra revelação foi a existência de compartilhamento dos itens de higiene pessoal, em especial a escova de dente, sendo que havia membros que não possuíam uma própria.

O segundo momento foi trabalhado a técnica de “Caixa de Sensações”. Nesse instrumento, foram elaborados três ambientes diferentes, sendo que cada um representava um estado de conservação dos dentes: bom, regular e ruim. Os membros da oficina reconheceram apenas pelo tato e das sensibilidades atreladas (textura, temperatura, entre outros) das mãos para identificar cada estado de conservação, ao criar imagens mentais e comparar com o seu próprio estado de conservação. O êxito foi unânime, tendo todos os envolvidos, acertado as três situações.

Com a realização dessa tarefa, conseguimos conscientizar os membros quanto à importância da conservação dos dentes em uma atividade multidisciplinar e interativa, principalmente na percepção dos sujeitos como ferramenta educativa. Criar uma situação na qual o participante comparasse as propriedades materiais e sensoriais de um modelo às de si próprio tornou a atividade muito mais educativa e, portanto, eficiente.

Vivências e aprendizados educador-educando: aprender fazendo

O principal objetivo dos serviços de saúde é a produção de impacto positivo na condição de saúde da população. Entretanto, os serviços de saúde não compõem o único determinante do estado de saúde dos indivíduos, mas formam uma dimensão importante na sua responsabilidade de reduzir a dor, o sofrimento e a mortalidade. No Brasil, a incorporação do método epidemiológico e da saúde pública às atividades dos serviços e ao planejamento do setor saúde tem sido apenas parcial¹⁴.

A vivência no III e IV rodízios do PIEESC IV foi marcante para quem está iniciando a carreira da docência universitária, por todas as oportunidades que nos foram ofertadas como: os acompanhamentos nas visitas domiciliares, planejamento de atividades com escolha de artigos para os discentes, autonomia mesmo com supervisão, aprendizado com as avaliações e autoavaliações, condução das atividades propostas.

A experiência de atuar como docente universitário em espaços não convencionais como a sala de aula, reafirma a importância de pensar a prática docente em perspectivas diferenciadas do processo ensino-aprendizagem. Nesse contexto, o estudante e o professor são protagonistas na relação com o conhecimento, seja teórico ou prático¹⁷.

Para os estagiários, foi uma forma de vivenciar novamente, como profissionais de saúde, esquecida por causa das múltiplas exigências do mestrado, no tratamento e interação com o paciente. Além disso, representou uma relação importante entre a teoria e a prática da saúde coletiva. Cada um dos estagiários percebeu a complexidade do processo saúde doença tão discutido na sala de aula em cada uma das

particularidades de cada família acompanhada.

Dessa maneira, Lima¹⁸ expressa com maestria ao dizer:

Tanto o aprender discente, quando o aprender docente nos convocam a pensar a experiência como experiência e não como experimento. Como experimentos têm a pretensão de controlar e manipular as coisas e não abrimos espaço para as incertezas e contradições das relações humanas que experiência nos proporciona, desde que nos entreguemos e nos submetemos a ela.

A metodologia utilizada no PIESC para a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde representa uma forma muito valiosa na geração de competências necessárias ao contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, nos seus princípios e diretrizes na busca de um tratamento humanizado e universal. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina ratificam a necessidade de metodologias ativas para formar profissionais para atuarem de maneira integrada com os outros profissionais, assim como, de forma acolhedora e humanizada com os usuários, do serviço de saúde, com fortalecimentos dos vínculos, de escuta cuidadosa dos profissionais da rede de saúde¹⁹.

Contudo a falta da valorização das atividades desenvolvidas nas PIESC, pois ainda no imaginário dos estudantes do curso de medicina coexiste a fragmentação da saúde e o lugar da doença centrado no paradigma biomédico. É ainda um grande desafio, realizar práticas voltadas à Saúde da Família na Atenção Básica de Saúde, alicerces fundamentais da Reforma Sanitária e da consolidação do Sistema Único de Saúde em nosso país.

Nesse sentido, é relevante ressaltar a formação contínua dos docentes. Estes profissionais precisam refletir sobre sua prática para promover situações de aprendizagem para os estudantes, futuros médicos, que contemplem uma atuação humanizada quando profissionais da rede de saúde.

CONCLUSÃO

Ao término do processo de estágio docente, foi reconhecida a concepção da docência no ensino superior voltados aos conhecimentos pedagógicos de metodologias ativas, a partir das necessidades dos discentes e em particular dos profissionais de saúde e da necessidade de moradores das comunidades trabalhadas; a interferência de ambientes onde o contexto social influencia diretamente o trabalho dos professores e estudantes e a necessidade de maior de estudos sobre o ensino e a aprendizagem voltados à formação pedagógica profissional do docente.

Entretanto, a prática vivenciada de situações de violência aliada às preocupações com a integridade física de todos os discentes e professores envolvidos foi substituída por atividades teóricas na universidade, com a análise de casos clínicos, o que causou para os estudantes uma aparente desmotivação para as leituras e outras habilidades voltadas a

análise crítica dessa experiência, em famílias acompanhadas nesse contexto de vulnerabilidade social.

Frente a todos esses elementos, a prática de estágio docente como estudantes do mestrado acadêmico de saúde coletiva, foi necessário um novo planejamento e embasamento teórico para as atividades diárias e que contemplassem políticas para o atendimento de grupos populacionais específicos, que de certa forma foi experiência limitada à uma participação de observação. Trabalhar concepções compartilhadas sobre o tema estão relacionadas às definições da violência como agravos físicos infringidos às vítimas, porém definições mais amplas da percepção social e subjetivas, contemplando diferentes dimensões do fenômeno foi o maior desafio desse contexto de práticas identificadas.

A vivência dos atendimentos às famílias foi alicerce para as discussões e aprendizados teórico-práticos e fortalecimento do vínculo de confiança na integração do cuidado aos membros das famílias.

Vale salientar que, o primeiro momento de realização das oficinas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família foi repleto de desafios intrínsecos à prática docente. Esses desafios devem ser avaliados, repensados, refletidos e redirecionados a cada situação desconhecida e conflituosa. Assim se constitui um docente universitário atento ao dinâmico processo de ensino-aprendizagem, tanto para os professores quanto para os estudantes do curso de medicina e mestrados na experiência de Estágio Docente.

REFERÊNCIAS

1. Martins, MMMC. **Estágio de docência na pós-graduação stricto sensu: uma perspectiva de formação pedagógica**. [Dissertação de mestrado] Universidade Estadual do Ceará, Centro de Educação, Curso de Mestrado acadêmico em Educação, Fortaleza, CE, 2013.
2. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Circular n° 028/99/PR/CAPES. Brasília; 1999.
3. Nóvoa A (Org). **O professor e sua formação**. Lisboa: D. Quixote, 1995, Temas de educação.
4. Ayres JR, Paiva V, França I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PaivaV, Ayres JR, Buchalla CM (Org.). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde [Coletânea]. Livro 1: **Da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
5. Vidal LMS; Figueroa CDO; Santos LA; Pereira EVS; Jesus LV. Projeto terapêutico familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. Rev. Saúde Col. 2017; 7(2): 59-64.
6. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos** 1997; 4 (3): 513-531.

7. Vasconcelos IRR, Griep RH, Lisboa MTL, Rotemberg L. Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. **Acta paul. enferm.**2012; 25 (2): 40-47.
8. Campos AS, Pierantoni CR. Violence in the health care workplace: a theme for international cooperation in human resources in the health sector. **RECHS**2010; 4(1): 31.
9. Brasil.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, Ministério da Saúde 2004. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. [10 out 2018].
10. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Irlanda MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. **Med J Australia** 2005; 183(7): 352-6.
11. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude soc.** 2006; 15(2): 88-95.
12. Magin P, Adams J, Joy E. Occupational violence in general practice. **Aust.Fam.Physician** 2007; 36(11): 955-7.
13. Elston MA, Gabe J, Denney D, Raimond L, O’Beirne M. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. **SociolHealthIlln** 2002; 24(5): 575-598.
14. Medronho RA. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. 493 p. ISBN 85-7379600-6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p.
16. Pereira, MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 596 p.
17. Veiga, IPA. Organização didática da aula: um projeto colaborativo de ação imediata. In: Veiga IPA, Castanho ME. **Pedagogia universitária: a aula em foco**. Campinas, SP: Papyrus; 2000. p. 267-298.
18. Lima, ACRE. A experiência formativa na docência universitária: um outro olhar, um outro sentido. In: VI Encontro Inter-Regional Norte, Nordeste e Centro-Oeste sobre Formação Docente para a Educação Básica e Superior - ENFORSUP e do I Encontro Internacional sobre a Formação Docente para a Educação Básica e Superior – INTERFOR: “Formação, Currículo e Avaliação: Territórios referenciais para a profissão docente”. 2015. Brasília/DF. **Anais** eletrônicos. Disponível em: <http://www.enforsupunb2015.com.br/congresso/dvd/comunicacaooral.php>. Acesso em 22 de julho de 2016.
19. BRASIL. Câmara de Educação Superior. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014**. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Endereço para Correspondência

Luciana Maia Santos
Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística
Prédio da Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
Av. Transnordestina, s/nº - CEP 44031-460
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: luluzinha_maia@hotmail.com