

ANÁLISE DO ENSINO EM SAÚDE COLETIVA: UMA METASSÍNTESE QUALITATIVA

Bruno Oliveira de Botelho ¹
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro ²

RESUMO

A Saúde Coletiva tem sido um constante contraponto para um modelo conservador de ensino nas graduações em saúde, avançando cada vez mais em direção contrária, mas não sem inúmeros desafios. Portanto, este artigo é uma Metassíntese Qualitativa que revisa e propõe novas afirmações sobre o tema. Foram realizadas buscas nas bases SciELO e PubMed, com os descritores “Saúde Coletiva”, “Ensino Superior” e semelhantes. A partir dos resultados geram-se conceitos de primeira e segunda ordem para analisar e chegar a uma nova síntese. Os estudos apontam que, mesmo na Saúde Coletiva, existem dificuldades quanto a fragmentação dos currículos - com o favorecimento da Epidemiologia em inúmeros aspectos. Porém, sua construção histórica traz benefícios como a indissociabilidade da prática e da realidade social; bem como seu caráter indisciplinar, capaz de se comunicar com inúmeros outros campos, da atuação profissional à produção científica.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Ensino Superior, Educação em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Vários autores têm discutido as mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas. A implantação do SUS impôs novos desafios e novas responsabilidades aos profissionais da saúde, tendo em vista que, no Brasil, a transformação epidemiológica da população tem sido complexa e multifacetada, impelindo à necessidade de uma mudança no modelo assistencial.

Esse modelo designado biomédico destaca-se por um lado no alívio da dor e tratamento das doenças, mas através da ênfase nas ações curativas e no tratamento dos problemas comumente pela atenção hospitalar e aparatos tecnológicos de custo elevado, desconsiderando uma gama de aspectos sociais dos determinantes do processo saúde-doença. Esse modelo tem certamente influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção do conhecimento em saúde. É sobre esse cenário e seu contraponto – a Saúde Coletiva, que esse

¹ Doutorando do Programa de Pós-graduação de Modelos em Decisão de Saúde (PPGMDS) da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, brunoobotelho@gmail.com;

² Professor orientador: professora doutora pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, katiaribeiro.ufpb@gmail.com;

artigo irá se debruçar para analisar uma das facetas do ensino em Saúde nas universidades dos dias de hoje.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Fertoni *et al.* (2015) e Silva e Silveira (2011), a emergência desse modelo é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos da América (EUA), e importado para os países sul-americanos durante a expansão de suas instituições de ensino superior. Os principais impactos desse modelo de ensino, para autores como Bispo Júnior (2009) bem como Chesani (2013), especificamente para a área da saúde, foram justamente: a pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial, a supervalorização do caráter curativo e hospitalar, a centralização no indivíduo, a dissociação das preocupações sociais das práticas clínicas e a exclusão da análise da totalidade do organismo, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades.

O relatório flexneriano ainda ecoa em nossas estruturas e, embora tenha contribuído para o avanço tecnocientífico na área de saúde, ele se tornou inadequado por promover formação excessivamente tecnicista e com visão privatista da assistência. Compos *et al.* (2008) o acusam de ser notoriamente antagônico ao modelo de atenção à saúde que vem se busca implantar a partir do advento do SUS.

Torna-se relevante, assim, que a reestruturação da atenção à saúde impulse mudanças radicais nos currículos dos cursos de graduação em saúde. Estamos vivendo no início do século atual um despertar para a necessidade desse redimensionamento e da construção de um outro perfil profissional. Para Bispo Júnior (2009), várias iniciativas têm nos demonstrado preocupações com a inadequação do perfil profissional à realidade epidemiológica e sanitária, e têm iniciado um impulso na direção da transformação do ensino da saúde.

Ainda segundo o autor (Idem, 2009), esse movimento, claro, anda lado a lado com o sistema de saúde brasileiro, o qual tem sido palco de disputa para dois projetos que se enfrentam e convivem contraditoriamente: de um lado, encontra-se o projeto da reforma sanitária fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade; do outro, o projeto neoliberal, que defende a privatização como alternativas de organização do setor e que atribui aos próprios usuários a responsabilidade pelos serviços de saúde.

O desafio no campo pedagógico é considerável, mas a aproximação entre o ensino superior e a Saúde Coletiva tem sido, possivelmente, um dos maiores proponentes dessa tarefa. Para Silva e Silveira (2001), as novas discussões que estão sendo realizadas nos projetos pedagógicos dos cursos têm buscado ampliar o campo de prática e disponibilizar para a

sociedade novos saberes, capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. Bispo Júnior (2009) concorda que humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS tem apresentado resultados práticos positivos para a qualificação das práticas de saúde, isso inclui acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo, etc.

Sabemos que tais mudanças não acontecerão sem o devido esforço, e, para tanto, muitos autores tentam compreender em que direção estamos seguindo e o que se aproxima ao horizonte. Cooperando com este cenário, iremos dialogar com estes autores através de uma Metassíntese Qualitativa, tendo como objetivo identificar o estado da arte sobre o ensino de Saúde Coletiva nos cursos de graduação no Brasil.

METODOLOGIA

Dantas *et al.* (2019) definem a Metassíntese Qualitativa é uma metodologia que busca traduzir e interpretar argumentos presentes numa totalidade de artigos acerca do tema, disponíveis em repositórios científicos. Isso é feito de modo que a conclusão esteja de acordo com os achados e interpretações de cada estudo em particular, sendo, portanto, a interpretação do pesquisador sobre dados primários com a finalidade de gerar reflexões secundárias, constituídas numa síntese.

A intenção é que, se a nova interpretação não pode ser encontrada em nenhum dos resultados primários de investigação, a inferência derivada do fato de todos os artigos se tornarem uma amostra é um inédito viável para um campo que está insuficiente na literatura. Portanto, a Metassíntese Qualitativa oferece a oportunidade investigar o estado da arte acerca do objeto de pesquisa ao mesmo tempo que contribui com reflexões que avançam a discussão.

Segundo Matheus (2009), a nova síntese interpretativa dos dados, não é uma visão resumida com características desvinculadas daquele evento ou experiências, mas sim, integra os dados a fim de alcançar um nível teórico de compreensão ainda aprofundado. O autor (Idem, 2009) também afirma que essa síntese tem o poder de incluir todos os significados das experiências encontrados nos estudos primários, porém, sem criticá-los ou compará-los, pois essa seria a conduta assumida quando o investigador faz uma revisão bibliográfica ou uma sumarização de estudos sobre determinado tema.

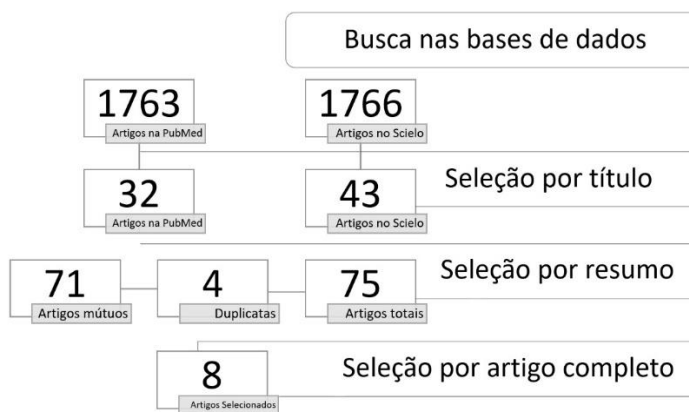
Para dar forma à Metassíntese Qualitativa, foi realizado uma busca sistemática, nos meses de junho e julho de 2020, nas bases de dados SciELO (<https://www.scielo.org>) e PubMed

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>), fazendo uso dos descritores em português presentes no Medical Subject Headings (MeSH; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>): (saúde coletiva) OR (saúde pública) AND (ensino superior) OR (avaliação educacional) OR (avaliação do ensino).

Foram selecionados estudos com textos completos, disponíveis publicamente em revistas revisadas por pares, delimitados entre os anos de 2015 a 2019, que abordavam a temática do ensino em Saúde Coletiva em todos os cursos superiores em saúde no Brasil.

A delimitação dos artigos a serem trabalhados foi feita em quatro etapas, como demonstra a imagem a seguir. Procurou-se os artigos com os descritores nas bases de dados; deu início à elegibilidade dos artigos por títulos; em sequência pela leitura dos resumos e, por fim, pela leitura íntegra das obras, resultando em 8 artigos selecionados.

Figura 1 – busca de dados nas bases científicas



Fonte: acervo de criação própria.

Nos guiando conforme Noblit e Hare (1988) e Dantas *et al.* (2019), organiza-se os resultados em categorias seguindo três etapas:

A pesquisa bibliográfica, onde identifica-se os conceitos de primeira ordem – os temas de importância primária abordados pelos artigos originais; Em seguida as categorias de segunda ordem – novos temas provenientes da comunicação entre diferentes categorias de primeira ordem dos diferentes trabalhos; Por fim, realiza-se a análise e o desenvolvimento de uma ideia inédita, uma contribuição sob um novo viés proveniente do processo de Metassíntese Qualitativa. Para esse trabalho, entretanto, precisaremos fazer um recorte: iremos tratar sobre duas categorias de segunda ordem – a identidade do sanitarista e a Produção Científica em Saúde Coletiva, pois serão importantes para embasar a terceira etapa, a nova síntese, que será tratada em sua totalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Identidade do Sanitarista

A Saúde Coletiva passa por um longo processo de amadurecimento teórico e metodológico e isso tem gerado frutos como melhorias da experiência de ensino nos diversos cursos de graduação da saúde. Segundo da Silva e Pinto (2018), pretende-se superar as práticas e identidades tradicionais em nome de uma postura interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos, sendo o egresso desses cursos um profissional com formação generalista, humanista crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva e, sobretudo, ainda fundamentado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Mas o que motiva essa escolha de dedicar-se profissionalmente à luta pela saúde como direito inegociável e organizada por um modelo único de qualidade?

Em muitos casos, não apenas segundo os autores (Idem, 2018), mas também de acordo com Paro e Pinheiro (2018), esses atores encontraram um arranjo de motivações formuladas no contexto familiar, nos círculos sociais e como enxergam as representações sociais sobre as profissões e nas expectativas favoráveis sobre a entrada no mundo do trabalho.

Todavia, para da Silva e Pinto (2018), existe também um segundo grupo de sanitaristas no que toca a origem de sua identidade: aqueles que relatam não haver interesse prévio pela inserção na Saúde Coletiva ao longo de grande parte de suas experiências e trajetórias no curso superior, mas que desvelaram esses processos por meio da socialização, das vivências e perplexidades adquiridas em campo. Esse grupo evidencia o que, para os estudos de Paro e Pinheiro (2018), configura-se como um processo de construção e reconstrução de identidades na esfera da formação – quando os indivíduos aprendem a ser atores sociais e criam projeções sobre o mundo do trabalho, inserindo-se, dessa forma, nos movimentos de emprego.

Sendo assim, a formação do sanitarista passa a ter compromisso com sujeitos políticos e sociais, capazes de se transformar e transformar a realidade na qual estão inseridos. Aqui podemos destacar dois elementos: primeiramente, como anteriormente já dito, isso encontra-se em consonância com os anseios dos avanços do serviço de saúde, e segundo, encontra-se alinhado também com a reforma das diretrizes curriculares brasileiras, apontando assim uma



definitiva práxis entre os dois. Apreende-se, dessa forma, que o processo de construção da identidade de sanitaristas envolve os contextos histórico, social e políticos do mundo do trabalho tanto quanto do ensino.

A Produção Científica em Saúde Coletiva

Todavia, ao comunicar os artigos desta síntese, um dos pontos onde podemos apontar a maior das contradições é justamente nos elementos intrínsecos que acompanham a interdisciplinaridade da Saúde Coletiva.

É importante lembrar que historicamente a Saúde Coletiva é um campo de produção de conhecimento e ações definidos pela interdisciplinaridade de suas áreas. Sua totalidade compreende as subáreas da Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) e Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS) – todas essas recebendo contribuições da Biomedicina, Biologia, Estatística, dentre outras. Essa interdisciplinaridade contribui para a estabelecer uma visão multifacetada, multidimensional em contextos socioculturais, históricos, econômicos e políticos.

Todavia, como demonstra Iriart (2015), apesar de partilharem valores e confluírem para objetivos comuns na produção de conhecimento, os três subcampos constituintes da Saúde Coletiva possuem diferentes perspectivas epistemológicas, teóricas e metodológicas para a análise da relação saúde-doença-atenção, gerando culturas acadêmicas distintas, com processos de trabalho e tempos diversos para a produção do conhecimento científico. Esta heterogeneidade, que caracteriza a Saúde Coletiva, é parte de sua riqueza e se revela fundamental para abordar a complexidade do objeto saúde.

Como veremos a seguir, essa heterogeneidade se faz presente também na distribuição de publicações nos subcampos da Saúde Coletiva.

Segundo o estudo dos autores (Idem, 2015), levando em conta os últimos dois triênios, o crescimento da produção científica da área tem sido exponencial, e as medidas que servem de base para os indicadores utilizados para mensurar a produção científica refletem esse crescimento.

De acordo com a avaliação Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior), no triênio 2007-2009, a mediana de produção da área foi de 390 pontos, subindo para 620 no triênio 2010-2012.

Todavia, também se aponta que dos 748 docentes do quadro permanente da pós-graduação em Saúde Coletiva no triênio 2010- 2012, 48,9% (365) são da Epidemiologia, 19,5% (146) da subárea PPGS, 16,8% (126) da CSHS e 14,8% (111) pertencem à categoria outras. E agravando ainda mais essa disparidade, o valor da avaliação Capes observado para a subárea Epidemiologia é aproximadamente o dobro, o triplo e o quádruplo dos valores observados, respectivamente, para as subáreas Outras, CSHS e PPGS (Idem, 2015).

Com isso pode-se observar que os resultados da pesquisa demonstram clara desigualdade no quantitativo da produção científica entre as subáreas que constituem a Saúde Coletiva, em especial com relação à subárea Epidemiologia, que se destaca frente às demais.

Deve-se levar em conta que exigências cada vez maiores de produção elevam progressivamente os escores de produtividade para credenciamento docente, dificultando assim para as áreas que menos pontuam. O domínio da Epidemiologia nos programas pode se dar mediante esse processo e, caso não se encontre um nivelamento, o distanciamento da mediana da produção continuará aumentando, resultando no crescimento dessas desigualdades.

Divergência com o Modelo Medicalizante e as Lacunas no Percurso Formativo

Baseado nos achados anteriores, estabelecemos que o sanitarista, certificado por diploma acadêmico de graduação ou da pós-graduação, objetiva constituir-se como um profissional que integra habilmente suas competências: atenção, gestão e planejamento para a produção de práticas, políticas e teorias que levem em consideração o processo saúde-doença-cuidado- qualidade de vida dos coletivos e indivíduos, etc.

Mas Medeiro (2018) também estabelece que, falando do campo da Saúde Coletiva, suas origens na Saúde Pública trazem possibilidades de críticas na forma como organizava ainda hoje um conceito restrito de saúde – a ausência de doenças e, estas, como condições de funcionamento anômalo do organismo humano, conhecidas em sua história natural e passíveis de tratamento –, assim como a consideração da importância da sua determinação social e de seu conceito amplo que inclui a qualidade de vida.

Claro que, como apontam múltiplos autores como Silva e Silveira (2011), Bispo Júnior (2009), Chesani (2013) e Campos *et al.* (2008), a politização da Saúde Coletiva trouxe a possibilidade da crítica acerca da generalização epidemiológica do adoecimento, responsável por práticas higienistas voltadas ao saneamento de cidades e territórios estratégicos para a gestão do Estado. Entretanto, um nó crítico levantado por esta síntese é que a atual formação

acadêmica do sanitarista parece preservar, bem como privilegiar, algumas características da lógica da Saúde Pública.

Para Medeiro (2018), a organização pedagógica e curricular privilegia uma formação crítica, técnica e analítica, cuja ênfase recai: na operação com recursos estatísticos e epidemiológicos, análise de situações de saúde, e capacidade para refletir a partir das contribuições das ciências sociais e humanas, para operar com a análise de políticas e de práticas em saúde. Embora a diferenciação crítica e ideológica, a ênfase da formação do sanitarista moderno se aproxima de elementos que caracterizam o sanitarista pré-Reforma Sanitária.

Um outro exemplo dessa influência é o fato de que algumas das práticas nos serviços de saúde que recebem discentes para realizarem experiências práticas na promoção e educação em saúde, encontram-se prioritariamente envolvidas em atividades de estabelecimento e operação de sistemas de informação epidemiológicos, bem como práticas clínicas isoladas (Iriart, 2015). Embora todas essas atividades façam parte da rotina do serviço, portanto sejam alvos dos estágios formativos, elas muitas vezes acontecem em detrimento de atividades que coloquem os alunos em contato com os grupos, indivíduos, famílias e com o dilema de operar a partir das singulares e complexas necessidades em saúde com os recursos da escuta, da dinâmica de grupo, da educação e comunicação em saúde.

Agravando ainda mais essa situação, Correia, Telles e Araújo (2018) apontam que a maioria dos estudantes de graduação em saúde relatam que os componentes curriculares obrigatórios teóricos (que geralmente preenchem as grades curriculares dos semestres iniciais) são pouco articulados com a aprendizagem técnico-profissional que encontram nos estágios (boa parte deles vivenciados do 7º ao 10º período). Ademais, um dos temas recorrentes nas críticas desses estudantes é a falta de relação entre os campos de Saúde Coletiva e os outros componentes obrigatórios. Os autores (Idem, 2018) atribuem isso ao fato dos professores dos componentes teóricos iniciais de Saúde Coletiva não pertencerem ou desconhecerem o núcleo profissional específico.

Em termos gerais, Paro e Pinheiro (2018) concordam com Medeiro (2018) que as disciplinas iniciais não contemplam vivência ou competências em Saúde Coletiva e, normalmente, os docentes desses componentes não são do departamento referente ao curso e, infelizmente, tornam-se omissos em integrar exemplos da nossa rotina de trabalho com o conteúdo programado.

Essa questão é reafirmada quando atribuímos a distância temporal entre o período das disciplinas generalistas e obrigatórias e o período dos estágios em Saúde Coletiva. Destaca-se aqui que uma das categorias levantadas por esta síntese é a criação identitária do estudante em

saúde como sanitarista. Segundo da Silva e Pinto (2018) e Pereira e Carneiro (2019), uma vez que, no caso daqueles que não se baseiam em experiências progressas, a escolha identitária em campos profissionais geralmente ocorre até 50 a 60% da conclusão do curso, as práticas em Saúde Coletiva tornam-se ainda mais deslocadas do contexto em que os estudantes têm imergido até então.

Um outro tema proeminente para Correia, Telles e Araújo (2018) e Pereira e Carneiro (2019), diz respeito à desconexão na relação entre a instituição de ensino e a comunidade. Na percepção dos estudos não há dúvidas sobre a importância do aprendizado mediatizado pelo meio real, todavia encontram-se importantes dificuldades para que as instituições estabeleçam vínculos orgânicos com as pessoas. Aqui trata-se de vínculos em mutualismo, uma relação em que as universidades atuem no mundo para pesquisar, mas que também abaxem seus muros e coloquem seus conhecimentos a serviço da população. O desdobramento imediato dessa limitação é a dificuldade dos estudantes se inserirem em ações verdadeiramente transformadoras, tendo de transpor barreiras como a resistência de profissionais e lideranças comunitárias à participação em processos individuais e coletivos.

Preenchendo Algumas Lacunas – Algumas Reflexões do autor

Ainda que sejam recorrentes esses relatos sobre as dificuldades anteriormente levantados acerca da formação ofertada pelos componentes obrigatórios de Saúde Coletiva nas matrizes curriculares, os estudantes buscaram também atividades curriculares não-obrigatórias nesse campo de conhecimentos e práticas.

Seja Atividade Curricular de Campo na Extensão ou na Pesquisa, seja componentes optativos interdisciplinares da grade curricular, Congressos, Seminários e eventos, estágios de vivência, etc. essas atividades são bem avaliadas, sobretudo no tocante aos aprendizados práticos com aportes teórico-metodológicos inovadores, principalmente, pela forte associação com as Ciências Humanas em Saúde.

Essas atividades configuram-se também como oportunidades de vivenciar cenários diversificados em trabalhos permanentes que têm por fim criar vínculos com indivíduos, grupos e famílias e aprender com a organização popular através de contato com movimentos sociais. Os estudos concluem que isso permite ao estudante se perceber como profissionais da Saúde Coletiva, ampliando sua visão para além da profissionalidade específica de sua graduação, em mesma medida que, diante das necessidades, se deparam com as potencialidades do conhecimento específico de cada profissão.

Tais argumentos apontam que, segundo achados dos artigos desta síntese, as atividades curriculares não-obrigatórias, no que diz respeito às suas experiências de aprendizagem, acabam constando como mais mobilizadoras.

Isso aponta que as graduações, tal como o serviço de saúde, ainda possuem muitas divergências com o modelo biomédico. Portanto encontrar tais lacunas na organização curricular demonstra um ensino com forte influência do modelo flexneriano proposto para o ensino médico no século XX e que ainda está em voga em muitos aspectos dos cursos de saúde brasileiros. Esse modelo de ensino é considerado limitado, porque não responde aos problemas de saúde atuais. Além disso, esse tipo de ensino é centrado na doença, tendo a clínica e/ou o hospital como espaço de aprendizagem, e a orientação sob a lógica do mercado. Como exemplifica um dos estudos aqui citado, tais questões podem vir a negligenciar a vivência da integralidade do cuidado, o reconhecimento das Redes de Atenção à Saúde, bem como do sistema em geral, estimulando a reprodução de profissionais cada vez mais tecnicistas.

Temos, portanto, que como alternativa aos métodos tradicionais de ensino, existem metodologias inovadoras, que colocam o aluno como o sujeito da aprendizagem e estimulam o trabalho em equipe. Metodologias problematizadoras, onde o discente desenvolve atitudes críticas e reflexivas, protagonista de sua própria formação, mediado pelo professor, em detrimento de um ensino cartesiano, conteudista e com enfoque na transmissão de informações.

Todavia, um último ponto que esta síntese levanta, sendo não menos importante, é: dado a quantidade de experiências progressistas no campo do ensino da Saúde Coletiva no Brasil, por que a literatura sobre essas experiências é tão escassa entre os periódicos e bases de dados científicas? Durante a triagem de estudos, bem como comprovado pelos resultados de alguns artigos que compõem este texto, ficou evidenciado o grande volume de produções acerca de campos epidemiológicos, clássicos e ensaios clínicos, ou mesmo um certo volume sobre as Ciências Sociais, porém dissociadas do campo do ensino em Saúde Coletiva.

Uma das possibilidades que apontamos é que, estando inseridos nessas atividades curriculares não-obrigatórias, explorando novas estratégias de intervenção em diferentes contextos políticos, econômicos, históricos, sociais e culturais, os docentes dos subcampos das CSH se espraíam para sistematizar essas experiências. Isso implica dizer que a riqueza dessa produção não está apenas nos descritores usados para fazer esta síntese, mas também estão em outros como Educação Popular, Educação Permanente, Aprendizagem Baseada em Problemas, Pedagogia da Problematização, etc.

Por fim, muito já se escreveu sobre as Ciências Sociais na Saúde Coletiva. O assunto não é novidade; em certos momentos se concentram e defendem sua importância na

constituição dos tripés epistemológicos que compõem as Universidades Públicas e a Saúde Coletiva; outras vezes tornam-se difusos e experimentam diferentes estradas para encontrar caminhos adiante. São em momentos como esse, em que o percurso ainda é tortuoso e incerto, que avaliar a direção torna-se importante e, dessa forma, uma síntese do caminhar pode nos conferir pistas de para onde podemos ir a seguir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino da Saúde Coletiva no Brasil, segundo a produção científica delimitada nesta pesquisa, é de importância central para contrapor os currículos flexnerianos na graduação em saúde. Apesar de se constituir de forma multidisciplinar e multiprofissional, a Saúde Coletiva também encontra limites para ultrapassar a fragmentação imposta pelo modelo de ensino, como pôde-se observar nas diferenças comparativas da Epidemiologia para os demais subcampos. Todavia, encontra sucesso na mobilização de conhecimentos que trazem também avanços importantes e distantes das abordagens tecnicistas prevalentes na Saúde Pública e também dos enfoques convencionais da epidemiologia e da gestão em saúde. Essa característica comunica tópicos não apenas da modernidade, mas também da pós-modernidade; não só do cuidado, mas também das ciências humanas aplicadas; não só das ciências da saúde, mas também das ciências exatas. Além de tudo, essa é uma experiência que se dá muitas vezes indissociada da prática, e pelas características definidoras da Saúde Coletiva essa prática é também indissociável da realidade social.

Claro que este estudo demonstra apenas uma fração do que é o verdadeiro universo de nosso objeto. É importante destacar as limitações desta Metassíntese Qualitativa, não apenas pelo pouco volume de textos que a compuseram, mas pela impossibilidade de investigar a influência da Saúde Coletiva nas inúmeras outras palavras chaves que se comunicam com o campo. Portanto, embora cheguemos a reflexões interessantes a partir deste ensaio, ele pode e deve ser complementado por vários outros que abordam este tema de forma a construir juntos o verdadeiro estado da arte do ensino da Saúde Coletiva no Brasil. Espera-se que ele seja inspiração para tal e que possa fazer parte de uma nova síntese futura, alcançando assim ainda mais além.

REFERÊNCIAS

Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde** – Mangueiras, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set., p.655-668, 2009;

Campos, FE.; Aguiar, RAT.; Belisário, SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 1011-1034.

Chesani FH. A produção acadêmica em fisioterapia: um estudo de teses a partir dos pressupostos epistemológicos de Fleck. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.3, p.949-961, 2013;

Correia, TM.; Telles, MWP.; Araújo, MVR. A formação em saúde coletiva na visão de estudantes de Graduação em fonoaudiologia da UFBA. **Distúrb. comun**, p. 679–687, 2018;

Dantas, KO. et al. Repercussões do nascimento e do cuidado de crianças com deficiência múltipla na família: uma metassíntese qualitativa. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 6, p. e00157918, 2019;

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015;

Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1535-1546, 2011;

Iriart, JAB. et al. A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: Limites do atual modelo e contribuições para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2137–2147, 1 out. 2015;

Matheus, MCC.; Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**. 22(Especial-Nefrologia):543-5. 2009;

Medeiro, RHA. O ensino de promoção e educação em saúde para sanitaristas. **Interface: Communication, Health, Education**, p. 609–620, 2018;

Noblit GW, Hare RDR. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. **Newbury Park: Sage Publications**; 1988. (Qualitative Re- search Methods, 11);

Paro, CA.; Pinheiro, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface: Communication, Health, Education**, p. 1577–1588, 2018;

Pereira, ÉL.; Carneiro, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? **Saúde Soc**, p. 53–66, 2019.

da Silva, VO.; Pinto, ICM. Identidade do sanitarista no Brasil: Percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em saúde pública/coletiva. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 65, p. 539–550, 1 abr. 2018;