

## **A CONTRIBUIÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA A CONSTRUÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS DOCENTES**

Juliana Guisardi Pereira<sup>1</sup>  
Lislaine Aparecida Fracoll<sup>2</sup>

*Esta pesquisa objetivou descrever a percepção de docentes sobre a articulação ensino-serviço numa região do município de São Paulo e suas contribuições para a implantação do modelo de Vigilância da Saúde (VS). Trata-se de pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados mediante entrevistas com docentes envolvidos nessa articulação. Os discursos foram analisados segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados mostraram que a integração ensino-serviço ocorre principalmente por iniciativa da academia, através da contratação de profissionais dos serviços de saúde com perfil docente e sua incorporação no ensino prático das disciplinas. A contribuição do ensino para a implantação da VS na região é pequena, restringindo-se à realização de ações isoladas, principalmente porque os docentes não consideram ser essa uma tarefa da academia. Conclui-se pela necessidade de se estabelecer projeto político-pedagógico que aproxime os profissionais envolvidos na articulação ensino-serviço, para a transformação de práticas e modelos de saúde.*

**DESCRITORES:** vigilância da população; serviços de integração docente-assistencial; atenção à saúde

## **THE CONTRIBUTION OF THE TEACHING-SERVICE INTEGRATION TO THE IMPLEMENTATION OF THE HEALTH SURVEILLANCE MODEL: EDUCATORS' PERSPECTIVE**

*This descriptive-qualitative research aimed to describe how educators perceive the integration between teaching and health services in São Paulo, SP, Brazil and the contribution of this partnership to the implementation of the Health Surveillance (HS) model. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to the Collective Subject Discourse technique. Results revealed that there is integration between teaching and service, mainly at the initiative of the academy. The university hires health professionals practicing in health services, who have a teaching profile, and includes them in the internship program. The contribution of the academic community to the implementation of HS in the region is incipient and restricted to isolated actions, mainly because educators do not consider it an academic task. We conclude that a political-pedagogical project is needed, so that professionals involved in teaching and service get aligned with a view to transforming health practices and models.*

**DESCRIPTORS:** population surveillance; teaching care integration services; health care (public health)

## **LA CONTRIBUCIÓN DE LA ARTICULACIÓN ENSEÑANZA Y SERVICIO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD: LA PERSPECTIVA DE LOS DOCENTES**

*Esta investigación tuvo como objetivo describir la percepción de docentes sobre la articulación entre enseñanza y servicio, en una región del municipio de San Pablo y sus contribuciones para la implantación del modelo de Vigilancia de la Salud (VS). Se trata de una investigación cualitativa, cuyos datos fueron recolectados mediante entrevistas con docentes participantes en esa articulación. Los discursos fueron analizados según la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron que la integración enseñanza-servicio ocurre principalmente por iniciativa de la academia, a través de la contratación de profesionales de los servicios de salud con perfil docente y su incorporación en la enseñanza práctica de las disciplinas. La contribución de la enseñanza para la implantación de la VS en la región es pequeña, restringiéndose a la realización de acciones aisladas, principalmente debido a que los docentes no consideran ser esa una tarea de la academia. Se concluye que existe la necesidad de establecer un proyecto político pedagógico que aproxime los profesionales participantes en la articulación enseñanza-servicio, para la transformación de prácticas y modelos de salud.*

**DESCRIPTORES:** vigilancia de la población; servicios de integración docente asistencial; atención a la salud

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor Assistente do Centro Universitário São Camilo, Brasil, e-mail: juguisardi@yahoo.com.br; <sup>2</sup>Enfermeira, Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Com a implantação do SUS, na década de 80, vem ganhando força pensamento crítico em saúde que incorpora discussões em torno da determinação social do processo saúde-doença. Associada a essa ideia, coloca-se em pauta, também, a necessidade de mudança dos modelos de atenção e de formação de profissionais de saúde, de forma que esses promovam maior aproximação da clínica com a epidemiologia<sup>(1)</sup>.

Buscando superar o modelo assistencial hegemônico da multicausalidade, surgiu, no início da década de 90, a proposição do modelo de Vigilância da Saúde (VS) como alternativa para a superação de práticas fragmentadas no processo de construção e implantação do SUS, nas diferentes regiões do país<sup>(2)</sup>. O conceito de saúde inserido na proposta da VS coloca em questão aspectos relativos à forma de viver e trabalhar como sendo os grandes determinantes dos problemas de saúde. Essa forma de conceber o processo saúde-doença aponta a necessidade de se utilizar estratégias de intervenção em saúde que contemplem a totalidade da vida, ou seja, que não fiquem focadas apenas na condição clínica dos usuários do sistema de saúde. A VS aponta para a necessidade de construção de modelo de atenção, fundamentado na busca da qualidade de vida e não apenas na remissão de sinais e sintomas de doenças. Enquanto modelo de assistência, propõe que se articule o uso da epidemiologia, do planejamento e da organização dos serviços de saúde bem como a compreensão das desigualdades sociais como determinantes da desigual distribuição dos agravos para com a população. Operacionaliza ações de saúde de três grupos de atividades: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção coletiva<sup>(2)</sup>.

Para se colocar em prática um modelo de assistência com base na VS, requer-se profissional formado com base clínica, epidemiológica e humanística, pois só assim se pode esperar que esteja capacitado para esse agir ampliado em saúde<sup>(2)</sup>.

A falta de profissionais de saúde com perfil adequado para atuar na perspectiva da VS tem sido objeto de discussão para muitos autores<sup>(3-6)</sup>, os quais afirmam que a formação dos recursos humanos em saúde é um dos mais graves problemas do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que as instituições formadoras têm reproduzido modelos de ensino

conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anatomoclínica, em procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, e limitados à aprendizagem no hospital universitário<sup>(3-4,7)</sup>. Dessa maneira, os profissionais recém-formados saem despreparados para enfrentar, de forma adequada, a complexidade inerente à proposta da VS.

A fragmentação do conhecimento para a formação profissional na área da saúde teve suas origens no modelo norte-americano de ensino médico, o chamado modelo Flexner, o qual se caracterizou, principalmente, pela formação sólida em ciências básicas nos primeiros anos de curso, ênfase na atenção clínica individual e pouca abordagem dos aspectos preventivos e de promoção à saúde, a valorização do aprendizado no ambiente hospitalar e das especialidades médicas<sup>(8)</sup>.

O modelo flexneriano de educação tem sido hegemonicamente utilizado na formação dos profissionais de saúde, seja no âmbito da graduação ou da educação permanente dos profissionais. Contudo, nos últimos anos, tal modelo vem sendo amplamente discutido, principalmente por ser considerado incapaz de promover formação que capacite os profissionais a responderem aos desafios colocados para a saúde no âmbito do SUS<sup>(9)</sup>.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, já se encontram registros relativos à necessidade de se preparar os profissionais de saúde para atuarem no SUS. O relatório dessa conferência sugeriu a ordenação de capacitações e reciclagens permanentes de recursos humanos, além da formação dos profissionais de saúde integrada aos serviços que compõem o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde<sup>(10)</sup>. Em 1988, o artigo 200 da Constituição Federal Brasileira estabeleceu a competência dos órgãos gestores do SUS para ordenar a formação dos recursos humanos em saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico<sup>(11)</sup>. As Conferências de Saúde que se seguiram (1992, 1996, 2000, 2004) reforçaram essa atribuição aos gestores SUS.

Em 2001, foram formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição, que tratavam de orientações para elaboração dos currículos pelas instituições de ensino superior, de tal forma a flexibilizar a formação oferecida aos estudantes, adequando-a ao sistema de saúde vigente no país<sup>(12)</sup>.

Com base nesse contexto sociopolítico, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), vem estimulando a parceria entre instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde, para o desenvolvimento de projetos de ensino nessa área. Tal iniciativa busca propiciar o desenvolvimento da formação de profissionais de saúde mais próximo dos princípios do SUS e mais envolvido com as necessidades de saúde da população brasileira. Como exemplo do estímulo a essas parcerias pode-se citar o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Ministério da Saúde, 2002); o VERSUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil – Ministério da Saúde, 2004), a Integralidade e Aprender - SUS (Ministério da Saúde, 2004) e o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Ministério da Saúde, 2005).

A aposta em iniciativas como as descritas acima se fundamenta na ideia de que a construção de um processo ensino-aprendizagem crítico e reflexivo propicia ao aluno (futuro profissional de saúde) a compreensão crítica da ordem social onde está inserida sua prática profissional. Tal processo de ensino também se constituirá como instrumento importante para a construção de cidadania e transformação social. Investir na organização de processos ensino-aprendizagem que propiciem ao aluno/profissional de saúde, mais do que capacitar tecnicamente, que se torne agente ativo das mudanças que a sociedade brasileira necessita para se tornar um país mais equânime e justo. Outra potencialidade desse processo de ensino, articulado à realidade do sistema de saúde, é levar o aluno/profissional de saúde a construir (e não apenas consumir) o conhecimento a partir da articulação, *in loco*, entre teoria e prática, a partir da experiência da interdisciplinaridade<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, a articulação ensino-serviço apresenta-se como importante estratégia para efetiva integração entre teoria e prática, devendo também se colocar a serviço da reflexão da realidade, possibilitando ao aluno elaborar críticas e buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, guardando-se o compromisso e a responsabilidade com o usuário, através do cuidado para a emancipação do outro<sup>(6)</sup>.

Cada vez mais tem sido difundida a ideia de que o ensino, quando desarticulado da realidade,

focaliza o conteúdo por si só, gerando visão distorcida da realidade e alienando os alunos de sua verdadeira responsabilidade profissional. Esse tipo de ensino cria dissociação entre o pensar e o fazer, limitando o questionamento, uma vez que o que importa é o volume produzido no menor tempo<sup>(13)</sup>.

A hipótese norteadora deste estudo partiu da suposição de que, ao utilizar o sistema municipal para desenvolver o ensino prático de disciplinas, vinculadas à formação de médicos e enfermeiros, poder-se-ia estar constituindo parcerias que seriam potentes para redefinir o modelo de saúde.

Dessa forma, este estudo teve como objetivos descrever a articulação ensino-serviço – desenvolvida em uma região do município de São Paulo- e identificar as contribuições dessa articulação para implantação do modelo de Vigilância da Saúde, a partir da percepção dos docentes envolvidos nesse processo.

## MARCO REFERENCIAL

No final dos anos 70 e começo dos 80, a abertura política no final do regime militar coincidiu com a intensa mobilização de educadores em prol de abordagens mais críticas para a transformação social, política e econômica. Nesse contexto, firmou-se, no meio educacional, a contribuição de pensadores de orientação marxista e o surgimento de vertentes progressistas da pedagogia. Dentro desse contexto, a Universidade começou também a “repensar” seu papel social e a construir propostas de educação suportadas pelas concepções de Integração Docente-Assistencial (IDA) e por experiências de articulação ensino-serviço, como forma de protagonizar seu papel na transformação da sociedade.

A IDA pode ser definida como “trabalho humano inscrito numa sociedade concreta, historicamente determinada, que aspira a aproximação entre as instituições de ensino, de assistência e a população. Visa a superação das contradições da teoria e da prática, contemplando as aspirações e possibilidades de saúde das distintas classes sociais que compõem a população, assim como as aspirações e possibilidades de ação das instituições de ensino e saúde em um processo de compartilhamento de responsabilidade. Visa

transformações efetivas na prática assistencial e de ensino, visa trabalho conjunto para alcançar metas/horizontes, articula os agentes da instituição educacional (professor e aluno) e os da instituição de saúde (médico, enfermeiro e outros) é mediado pela aquisição e pelo aprofundamento de um conteúdo específico e outro de domínio comum e pelo exercício da reflexão acerca dos fatos, buscando sua compreensão segundo uma ética definida, embasado em investigações científicas”<sup>(14)</sup>.

Para alguns autores, os principais produtos das propostas de IDA se caracterizam por: “estímulo da qualidade de ensino e à realização de pesquisas; formação de profissionais com compromisso social; transformação no ensino (modificação de disciplinas); melhoria da qualidade da assistência pela possível instrumentação da equipe de saúde na abordagem da determinação social; educação continuada dos funcionários; atenção à saúde baseada nas necessidades da população; participação social no planejamento das ações e transformação na qualidade de vida das populações”<sup>(15)</sup>.

Embora se buscasse a transformação da realidade social através dos projetos de IDA, esses mesmos autores apontam fatores que influenciaram negativamente a operacionalização da IDA tais como: caráter, muitas vezes mais reformista do que propriamente transformador, principalmente por não remeter aos reais determinantes do panorama social e da saúde e sim apenas propor o planejamento intersetorial; caráter vertical, unilateral e descompromissado com a continuidade dos programas; dicotomia ensino/serviço/pesquisa; a possibilidade de existência de relação de domínio de docentes sobre assistentes; o desenvolvimento da IDA por apenas uma parcela da universidade<sup>(15)</sup>.

Embora tenham críticas a esse tipo de experiência de ensino, esses autores concordam que a IDA consiste em importante estratégia para se produzir reflexões e propostas de intervenção efetivas sobre a realidade social e dos serviços de saúde.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

Trata-se de estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que buscou conhecer a realidade da articulação ensino-serviço,

a partir de relatos dos docentes que participam desse processo de articulação.

O cenário deste estudo foi o Distrito de Saúde Escola Butantã (DSEB), no município de São Paulo. O DSEB está localizado na Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, e se constitui numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Medicina (FMUSP), da Escola de Enfermagem (EEUSP) e da Faculdade de Saúde Pública (FSPUSP), para atuação conjunta na gestão, ensino e pesquisa, no âmbito da região.

Os sujeitos desta pesquisa foram 6 (seis) pessoas, sendo 2 coordenadores de graduação dos cursos de medicina e enfermagem, 3 docentes de graduação e 1 ligado à Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela autorização dos estágios no local de estudo. Todos os participantes da pesquisa possuíam ensino superior completo, dividindo-se da seguinte forma quanto à sua relação com o curso de graduação: docentes do curso de Medicina (3), docentes do curso de Enfermagem (2), Assistência Social (1). Em relação à formação complementar, todos a possuíam, sendo que, desses, 4 referiram ter cursado especialização (Gerência de Unidade de Saúde, Saúde Pública, Medicina); 3, mestrado (Saúde Coletiva, Enfermagem, Saúde Pública); 4 referiram ter doutorado (Patologia, Enfermagem Pediátrica, Saúde Coletiva); 2 referiram residência médica (Medicina da Família e Comunidade, Clínica Geral); 2 pós-doutorado (Medicina Preventiva, Clínica Médica) e 1 livre-docência (Patologia).

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas em fitas cassete e transcritas. Para análise, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(16)</sup>. A técnica de DSC, proposta pelos autores, constitui-se em uma organização de dados discursivos que permite resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema, de um dado universo de pessoas. O DSC configura uma “coletividade discursiva”, cujo conteúdo é composto pelo que é falado por um sujeito individual e pelo que seu “companheiro de coletividade” atualizado por ele. Os discursos são submetidos à análise de conteúdo, que se inicia pela decomposição desses nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um, individualmente, e em todos, reunidos, seguindo-se a isso uma síntese, que visa a reconstrução discursiva da representação social<sup>(16)</sup>.

Esta pesquisa, em conformidade à Resolução 196/96, foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (CEPSMS), através do Parecer nº 0204/2005. Após a aprovação, foi solicitada autorização para realização do estudo junto à Supervisão Técnica de Saúde Escola Butantã. Para a coleta de dados, foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, onde os sujeitos puderam receber informações e tirar dúvidas e, por livre e espontânea vontade, concordaram em participar da pesquisa, sendo garantido todo sigilo de forma a assegurar a privacidade dos sujeitos

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A opinião dos docentes sobre a articulação ensino-serviço no DSE

Com relação à articulação ensino-serviço, foi possível encontrar, na análise das entrevistas, quatro Ideias Centrais (IC) que perpassaram os discursos dos docentes, mostradas a seguir.

IC 1 – A integração ensino-serviço ocorre por iniciativa unilateral, através do movimento da academia para incorporar os profissionais do serviço nos programas de estágio e operacionalizar a atividade dos alunos nos serviços da região

*Existem... enfermeiras que não são docentes, e são contratadas para ficarem no campo com a tarefa de tentar articular ações que são feitas no ensino com a prática na Unidade de Saúde. Elas também incentivam os trabalhadores a operacionalizarem ações de ensino, montam grupos ou ações no território que sirvam depois como campo para o ensino.... são elas que fazem integração, que leem as características e o trabalho da Unidade, tentam ampliar ou estabelecer algumas ações que possibilitem as aulas práticas. Existe colaboração da Unidade de Saúde, na medida em que dispensa alguns Agentes Comunitários para que fiquem com os alunos, mas é muito mais numa perspectiva de acompanhar as ações do que desenvolver ou propor ações conjuntamente. Então, eles estão integrados, mas muito mais numa perspectiva de acompanhar as ações que são feitas.*

IC 2 – A integração ensino-serviço se dá de forma ativa, através da contratação de profissionais com perfil docente e da discussão conjunta, entre trabalhadores e universidade, do programa de ensino

*Sempre foi proposto discutir os inquéritos domiciliares e tentar fazer ações conjuntas durante os estágios, de forma a levar junto algum trabalhador do serviço, inclusive pra que essas ações tenham continuidade ao longo do tempo, quando os estudantes saírem da Unidade de Saúde... quem mais tem nos acompanhado são os Agentes Comunitários de Saúde. Antes de começarmos os inquéritos, é discutido com eles as questões, como elas se relacionam às condições de saúde dos moradores, e depois porque está sendo desenhado esse projeto educativo e os incentivamos a acompanharem as visitas domiciliares. Alguns profissionais participam da Comissão de Atenção Básica, onde existe um representante dos preceptores de cada Unidade de Saúde que participa das discussões e da elaboração do conteúdo e do modo como as disciplinas são dadas. Os médicos das Unidades ajudaram a desenvolver uma disciplina em conjunto com os professores, que têm alguma vinculação com as UBS, ou com o Centro de Saúde Escola ou com os ambulatórios do Hospital das Clínicas. Também tem se procurado selecionar médicos para essas equipes com perfil docente e o trabalho deles e da equipe tem que ser organizado de forma a dar conta da presença do estudante.*

IC 3 – A integração ensino-serviço tem contribuído para a melhoria da assistência

*A integração academia-serviço está hoje um pouco melhor do que antes, espero que amanhã fique melhor ainda. Na verdade, o que se tem visto é que, quando o serviço se transforma num lugar acadêmico, acaba melhorando a assistência também. Como o profissional fica responsável pelo aluno, acaba estudando mais por ter uma pessoa que vai perguntar, vai questionar o que vai ser feito. O docente tem uma visão crítica da literatura e dos procedimentos, e o preceptor uma visão mais completa da assistência porque é quem está na ponta. Essa troca de informações pelos dois lados é muito rica e deve ser feita na maior parte dos lugares onde a universidade puder ser uma parceira.*

IC 4 – Existem atividades de ensino, mas não existe integração ensino-serviço

*Ainda falta essa conversa sobre integração. Às vezes, a universidade chega no estágio e... simplesmente chega; é uma pessoa a mais na Unidade de Saúde. Não daria para dizer que há integração dos trabalhadores no projeto de ensino; é muito mais um acompanhamento do projeto de ensino pelos trabalhadores, e os alunos acompanhando as atividades que eles realizam. Não é uma integração; não se pensou um projeto conjunto. Até tem discussões, às vezes, quando o aluno entra nas consultas e as enfermeiras se dispõem depois a discutir porque fizeram daquele jeito. Na elaboração das disciplinas, também, não tem muita participação dos profissionais do serviço.*

A análise nos dados mostrou que as Ideias Centrais que perpassam os discursos dos docentes, sobre a integração ensino-serviço, são diversas e estão apoiadas em diferentes perspectivas teóricas. Para alguns docentes a integração ensino-serviço não existe, para outros, a integração está presente quando o profissional do serviço de saúde se propõe a acompanhar as atividades práticas do aluno, ou quando esse profissional é contratado para atuar na Unidade de Saúde por “gostar” de receber alunos. Outra ideia que surge se refere ao fato de que a presença do aluno no serviço de saúde melhora a qualidade e a capacitação do profissional.

Alguns momentos de intersecção rede básica/universidade foram apontados nos discursos tais como: participação de médicos das UBS na elaboração de disciplinas e na preceptoria de alunos, contratação de médicos com perfil docente, participação de enfermeiros na reorientação curricular, discussão de casos com agentes comunitários de saúde.

A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção do modelo da Vigilância da Saúde no território na perspectiva do docente

Nessa categoria de análise, onde se buscou ver qual a contribuição que a articulação ensino-serviço poderia trazer para a mudança da forma de se realizar a assistência à saúde na região, pôde-se encontrar duas grandes Ideias Centrais nos discursos dos docentes.

IC 1 – Existe participação incipiente da Universidade na implantação da Vigilância da Saúde e essa se dá através da implantação de algumas ações e do ensino desse tema nas disciplinas

*A contribuição da Universidade para a mudança de modelo de saúde nos serviços tem sido muito pouco discutida... a integração ainda é incipiente. A universidade tem muito a contribuir com o trabalho que acontece na ponta... A rede não pode ser usada só como um instrumento de campo de estágio. A participação da universidade tem se dado na formação dos alunos... o conteúdo da Vigilância da Saúde está no currículo, preparando o aluno teoricamente e trabalhando essas questões em campo... está se tentando ensinar um modelo novo de não só tratar a doença, mas de promover saúde, prevenir doenças e curar, também. Se não for colocada a Atenção Básica nos primeiros anos do curso, o aluno só vai ver o modelo curativo, porque a partir do segundo ano ele já atende paciente no hospital. Quanto mais cedo o aluno for exposto a um atendimento integral, mais facilmente se terá um profissional que consiga enxergar as três coisas de forma mais organizada. Sendo assim, tem-se realmente o objetivo de mudar o paradigma em que esses alunos estão sendo formados.*

IC 2 – A Universidade não tem participado na implantação do modelo de Vigilância da Saúde por falta de diretriz da Prefeitura Municipal e por esse não ser seu papel

*O problema é que às vezes não chegam informações... A Prefeitura não passa as coisas de uma forma clara.. não chegou nenhuma informação sobre estar sendo criada a COVISA (Coordenadoria de Vigilância da Saúde) e muitos nunca ouviram falar nesse assunto. Nunca se ouviu comentar a perspectiva da Vigilância da Saúde, nem na gestão passada e muitíssimo menos nessa. Os médicos das Unidades de Saúde não estão participando desse processo; então, fica difícil ensinar aos alunos uma coisa que os profissionais desconhecem. Quanto à participação da universidade na implementação desse modelo, primeiro que a academia não tem nenhuma possibilidade ou nenhuma força pra implementar modelo de saúde, porque o modelo de saúde é uma operacionalização de uma dada política, e o desenho da política é uma negociação que contempla muito mais interesses políticos do que necessidades..... a Universidade não tem essa potência.*

Quanto à participação da universidade na implantação do modelo da Vigilância da Saúde, através da integração ensino-serviço, os discursos apontaram que essa é limitada e está circunscrita ao desenvolvimento de um programa de ensino nos cursos de graduação que prepare o futuro profissional para uma prática ampliada. Os docentes apontam também que a mudança de modelo assistencial é um projeto político municipal e que poucas vezes, ou quase nunca, esse projeto é construído de forma conjunta no âmbito do DSEB. Vale a pena apontar que alguns docentes atribuem à sua participação no DSEB um papel técnico-pedagógico, excluindo de sua competência a práxis política.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho cooperativo de parceria entre a universidade e a rede de saúde, vislumbra-se a prestação de assistência qualitativamente diferenciada pela presença de professores supervisionando os estudantes, direcionada ao atendimento das necessidades de saúde da população local por diversas categorias profissionais, consistindo em fruto de realização de pesquisas. Por outro lado, a valorização, por parte da academia, da função docente desempenhada pelo profissional do serviço é apontada como importante fator para aproximação das instituições de ensino e de serviço<sup>(17)</sup>.

No atual cenário das políticas públicas brasileiras, um novo programa para valorização da função docente, desempenhada pelo profissional do serviço, encontra-se em fase de lançamento. Trata-se de programa interministerial, envolvendo os Ministérios da Saúde e Educação, designado Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o qual visa fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família<sup>(18)</sup>. Ao se constituir em instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, o PET-Saúde pode se constituir numa forma de contrapartida importante aos preceptores de alunos e em importante fator para maior aproximação das instituições de ensino e de serviço.

A consolidação de práticas inovadoras nos cenários reais requer um passo fundamental: a transformação do processo de trabalho, fazendo-se necessária a coerência entre o projeto dos serviços e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica, de forma que essas iniciativas envolvam instâncias de gestão dos serviços de saúde, da universidade e da população. Sendo assim, em se tratando de trabalhar sobre a realidade, de transformar o processo de trabalho estabelecido e promover mudanças profundas nas relações, é preciso que o compromisso e a decisão de fazer parte do processo sejam institucionais e não somente de atores isolados. O trabalho nos cenários dos serviços envolve, necessariamente, negociações com o poder político local, especialmente no contexto de municipalização da saúde em curso no nosso país. Dessa forma, torna-se fundamental, no local de estudo, o trabalho criterioso para o estabelecimento de prioridades, a construção das intervenções e a continuidade das ações, processos esses que exigem a participação efetiva dos diversos atores<sup>(17)</sup>.

A reorganização da atenção com base na VS implica novos papéis, novas relações e novas práticas em todos os níveis do sistema. Essas mudanças podem ser favorecidas pelas políticas (de financiamento, de gestão, de remuneração), o que vem sendo visualizado pelos gestores do SUS. No entanto, dadas as características da mudança – valores, atitudes, práticas – ela tem que ser construída fundamentalmente no espaço local, protagonizada pelos profissionais, população, docentes e estudantes<sup>(17)</sup>.

Fica evidente a necessidade de se continuar investindo no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando gestores, universidades e lideranças comunitárias no sentido de qualificá-las. Deve-se buscar ampliar as oportunidades e criar espaços efetivos de discussão e conversa entre a universidade, os serviços, as lideranças comunitárias e conselhos de saúde, provocando a discussão sobre o papel que todos esses atores têm na formação profissional e na reorganização da atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):36-48.
2. Bertolozzi RM, Fracolli LA. Vigilância à Saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *Mundo Saúde.* 2004; 28(1):14-20.
3. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(2):373-83.
4. Belaciano MI. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. *Divulg Saúde Deb.* 1996; (12):39-3.
5. De Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latino-am Enfermagem* 1998; 6(2):83-8.
6. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
7. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):18-24.
8. Lampert JB. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. *Cad Assoc Bras Ensino Med.* 2006; 2:81-8.
9. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004. p.149-178.
10. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
11. Constituição, 1988 (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
12. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES n. 1133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2006 jan. 19]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#diret>
13. Lück H. Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos. 7ª Ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
14. Egry EY, Fonseca RMGS. Dimensão pedagógica da integração docente-assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. *Saúde Deb.* 1994; (42):16-22.
15. Pereira JG, Fracolli LA, Oliveira MAC, Egry EY, Fonseca RMGS. Integração docente-assistencial e vigilância da saúde: revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade Saúde e Sociedade.* 2005; (14) spl. 1,120-1.
16. Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
17. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):36-48.
18. Portaria Interministerial N. 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BR). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 ago, 2008. Seção 1: 1677-7042.*