

INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL: A TRANSFORMAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO E DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA ATRAVÉS DA CONDUÇÃO PRAXIOLÓGICA *

*Emiko Yoshikawa Egry **
Maria Rita Bertolozzi ***
Hisako Shima ***

EGRY, E.Y.; BERTOLOZZI, M.R.; SHIMA, H. Integração Docente-Assistencial: a transformação da qualidade do ensino e da assistência em saúde coletiva através da condução praxiológica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 169-76, ago. 1991.

Este trabalho descreve o desenvolvimento do Projeto de Integração Docente-Assistencial iniciado em 1986, com participação de professores e alunos da Escola de Enfermagem da USP e equipe técnica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra. O Projeto foi orientado no sentido de uma aproximação gradativa entre a teoria e a prática de saúde coletiva, através da condução praxiológica, buscando a transformação da qualidade de assistência e de ensino na área de Saúde Coletiva, num processo de participação conjunta dos profissionais de campo, docentes, pessoal auxiliar de saúde, alunos e a comunidade.

UNITERMOS: *Integração docente-assistencial. Enfermagem em saúde pública.*

I — INTRODUÇÃO

O Projeto de Integração Docente-Assistencial (PIDA), de que trata este trabalho, envolve professores e alunos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e a equipe técnica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra. Este Município está situado no Estado de São Paulo, dentro da região sudeste do Brasil e dista 15 km da capital do Estado, a Metrópole de São Paulo. Este Projeto está sendo desenvolvido desde o início de 1986.

A Escola de Enfermagem, enquanto uma das instituições formadoras de recursos humanos no nível do 3 Grau, vinha, há algum tempo, manifestando sérias preocupações quanto a qualidade do seu ensino, uma vez que se verifica a dissociação entre o ensino e a assistência de en-

* Condensado do trabalho apresentado na II Conferência Latino Americana de Escuelas y Facultades de Enfermería Quito-Ecuador, 13 a 17 de novembro de 1989.

** Professor Doutor — Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

*** Auxiliar de Ensino — Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

fermagem em saúde coletiva. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde, também manifestavam uma preocupação, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde ^(1,2). Neste sentido, foi concebido o Projeto de Integração Docente-Assistencial, que teve como finalidade precípua: “a transformação da qualidade da assistência e do ensino, na área de saúde coletiva, em um processo de participação conjunta entre profissionais e ocupacionais de campo — médicos, enfermeiras, assistente social, atendentes e auxiliares de enfermagem, docentes, discentes e comunidade, através da crescente articulação interinstitucional” ¹⁰.

As etapas da construção conjunta do Projeto foram: 1 — discussão e elaboração de 2 pré-projetos, sendo um formulado pelo conjunto dos profissionais e ocupacionais das 6 Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra e o outro, pelas docentes da Escola de Enfermagem; 2 — realização de 3 Seminários para apresentação dos 2 pré-projetos a todos os participantes da integração; 3 — estudo e discussão das pré-propostas separadamente, com troca dos documentos entre os dois grupos; 4 — realização de 4 Seminários para a formulação do projeto-síntese, que contemplava as finalidades, os pressupostos, as responsabilidades, os Sub-projetos e a estrutura da organização, bem como o cronograma de atividades.

A construção desta integração foi garantida, simultaneamente, pelo desenvolvimento das seguintes atividades: *ensino teórico-prático* de enfermagem em saúde coletiva, nas Unidades Básicas de Saúde, através dos programas dos cursos de Enfermagem Preventiva e Comunitária e de Nutrição e Dietética Aplicadas à Enfermagem; estas duas disciplinas são ministradas pelas docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, com a cooperação dos profissionais e ocupacionais de campo; *investigação* de diferentes temas relativos à saúde coletiva, bem como o *diagnóstico interventivo* da situação dos serviços de saúde do Município.

Por se tratar de um trabalho conjunto entre duas instituições, constituídas e diferenciadas historicamente quanto às finalidades, tornou-se necessária a exposição de alguns princípios norteadores desta integração. Foram: 1 — o estabelecimento de um Processo de Reflexão Crítica Conjunta sobre a qualidade da assistência e do ensino na área de saúde coletiva, que se constituiu no principal eixo condutor da referida integração; 2 — por acreditar que o processo de reflexão crítica leva à transformação da realidade, este deveria envolver efetivamente todos os integrantes do processo, portanto, o trabalho seria regido pelo Princípio da Construção Coletiva, ou seja, um processo participativo de todos os componentes, em todas as instâncias; 3 — por envolver profissionais e ocupacionais de campo, professores, alunos da EEUSP e representantes da comunidade, o trabalho seria regido pelo Princípio da Responsabilidade Compartilhada, isto é, ambas as Instituições estariam comprometidas com o desenvolvimento e os resultados do PIDA, cada uma com atribuições específicas, sem no entanto, perder a sua identidade no processo ¹⁰.

II — CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA

O Município de Taboão da Serra, região onde está sendo desenvolvido o PIDA, compreende uma área de cerca de 22 km² e uma população de aproximadamente 140 mil habitantes, com densidade populacional de 6343,77 habitantes por km².

A economia do Município estava baseada na indústria e no comércio, especialmente nas atividades das indústrias farmacêutica, metalúrgica e mobiliária, não havendo atividades agrícolas e pastoris, segundo estudo feito por FONSECA³ em 1986.

A população economicamente ativa, em 1980, foi estimada em 57,7% da população total, distribuída entre 67,6% de homens e 32,4% de mulheres. Os setores que empregavam maior número de mão de obra assalariados eram os de indústria de transformação e de prestação de serviços. Cabe destacar que neste último, a jornada de trabalho de cerca de 1/3 dos trabalhadores era superior a 48 horas semanais⁴.

Quanto ao rendimento médio mensal familiar, 47,9% da população recebia, em 1980, entre 2 a 5 salários mínimos e 25,2% entre 5 e 10. Para que se possa avaliar a dimensão da problemática, o salário mínimo situava-se, na época, em cerca de 50 dólares, quando o cálculo apresentado pelo DIEESE (Departamento de Estudos Intersindicais) demonstrava que o mínimo necessário para compor uma cesta básica de alimentos era da ordem de 200 dólares.

Taboão da Serra é dotado de uma rede pública de 10 pré-escolas, 2 escolas de 1^o e 2^o graus, além de cursos profissionalizantes.

Em 1980, havia no município 77,6% de alfabetizados e 22,4% de não alfabetizados⁴.

A população era preponderantemente jovem, reflexo do que ocorre por todo o Brasil e a proporção entre os sexos era semelhante⁴.

A população do Município era formada na sua maioria (76,9%) de migrantes, provenientes de zona urbana de outras cidades do Estado de São Paulo, bem como de outros Estados do país.

Em relação às condições de habitação, havia no Município cerca de 28 núcleos de favelas, formadas por um total de 1547 barracos. Isto significa que havia um contingente de pessoas que habitavam em condições extremamente precárias no que se refere à estrutura física de moradia, e que via de regra, não contavam com equipamentos urbanos como rede de água e de esgoto, luz e coleta de lixo³.

Dentro deste quadro, era de se esperar que as condições de saúde se revelassem comprometidas, segundo mostram os dados a seguir. O coeficiente de mortalidade geral, que vinha decrescendo desde 1976, teve uma súbita ascensão no ano de 1980, mantendo-se elevado em 1984 (61,2/mil) habitantes³.

A mortalidade infantil revelava uma oscilação similar, sendo que o seu coeficiente, no ano de 1984, foi de 38,1/mil nascidos vivos, devido, principalmente, ao alto coeficiente de mortalidade infantil tardia³.

Em 1986, havia no Município apenas 6 Unidades Básicas de Saúde de caráter público, enquanto as instituições privadas eram representadas por 10 clínicas ambulatoriais, uma clínica de internação e 2 hospitais, os quais mantinham convênio com o serviço público³.

III — PROBLEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O diagnóstico interventivo realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Taboão da Serra permitiu expor a qualidade da assistência à saúde prestada pelo Município¹⁰.

Esta assistência foi problematizada como segue: 1 — A assistência à saúde não estava fundamentada em qualquer filosofia de atenção e, muito menos, de atenção em saúde coletiva. De igual modo, inexistia uma filosofia norteadora da assistência de enfermagem naquele Município. Tanto uma quanto a outra, determinavam uma prática assistencial desconexa, centrada em decisões individuais dos profissionais de saúde, baseada muitas vezes, em interpretações e simplistas e acríticas da realidade de saúde; 2 — A Política de Saúde do Município retratava a ideologia contida na atual Política Nacional de Saúde, tanto no nível do discurso, quanto da prática, ou seja: as Unidades Básicas de Saúde guardavam uma relação desarticulada em sua organização inter e intra-unidade; os programas de saúde desenvolvidos tinham muito mais cunho de resolução pragmática e assistencialista das questões estreitas da doença, especificamente, e não ampliavam para a intervenção no processo saúde-doença numa ótica mais abrangente, e nem para a participação da clientela nestas intervenções; as ações de saúde era realizadas exclusivamente intra-muros, impedindo a assunção do caráter dinâmico de intervenção real na saúde. Ainda, a interpretação dos fenômenos de saúde e doença era assentada, no máximo, na teoria da multicausalidade e na individualização dos clientes, contrapondo-se determinação social do processo e por conseguinte, do coletivo; 3 — A diferenciação dos recursos humanos e materiais disponíveis em cada uma das Unidades era notória, ocasionando assistência de qualidade desigual o que demonstrava valores institucionais diferenciados, privilegiando algumas Unidades Básicas de Saúde em detrimento de outras; 4 — Além da inexistência de um sistema organizado de supervisão, capacitação e reciclagem dos agentes, não havia diretrizes de desenvolvimento de recursos humanos em saúde; 5 — A hegemonia do trabalho médico, era absoluta nas Unidades Básicas de Saúde, e portanto o saber médico, baseado, nas aceções técnico-positivistas, dominava as ações de todos os demais agentes. Concorria com isto, a postura bastante autoritária do profissional, que reproduzia a ideologia dominante e impedia o compartilhamento do saber e consequente reflexão da clientela sobre a saúde e assistência; 6 — A assistência de enfermagem prestada no Município formava um conjunto desarticulado de ações que não se encaminhavam para horizontes

claros de intervenção na saúde. O papel profissional do enfermeiro era expresso tenuemente e a sua prática denotava o exercício da administração burocrática de recursos materiais e de recursos humanos, particularmente em relação aos ocupacionais. Pesava nos enfermeiros o ônus total da capacitação e reciclagem de pessoal auxiliar, com agravante: eram numericamente insignificantes no quadro geral de recursos humanos em saúde. E ainda, às ações assistenciais de enfermagem realizadas com exclusividade pelo enfermeiro não era dado espaço e tampouco crédito institucional¹⁰.

IV — PROPOSIÇÕES

As propostas¹⁰ que foram delineadas devem ser interpretadas na perspectiva de horizontes a serem perseguidos e, portanto, sujeitas as transformações decorrentes das reinterpretações sucessivas, as quais devem ser realizadas no decorrer da execução dos programas.

Deve ainda ser obedecida uma certa hierarquização, pelo fato de constituírem um desencadeamento ordenado de transformações². Assim, foram as seguintes as proposições¹⁰: 1 — Conceptualização acerca de temáticas fundamentais que explicitem a filosofia para o trabalho coletivo na área de saúde; refere-se à proposição do marco conceitual, contendo a decodificação de temas como: processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência à saúde coletiva, enfermagem, educação, sociedade, homem e trabalho. 2 — Instrumentação da equipe de saúde, alunos e docentes, quanto a interpretação de fenômenos ligados à saúde, dentro da ótica da determinação social do processo saúde-doença. 3 — Aproximação gradativa e sistematizada, fundamentada cientificamente, das duas realidades dicotomizadas: a real situação de saúde das comunidades e a assistência à saúde oferecida pelo sistema, por meio de diagnóstico dinâmico que permitisse conhecer a saúde de diferentes classes sociais. 4 — Reorientação gradativa dos programas locais de saúde à luz do diagnóstico mencionado anteriormente e através do marco conceitual sobre o qual se instrumentalizou a equipe de saúde. 5 — Estabelecimento de processo que garantia a avaliação dos programas de saúde, ao mesmo tempo, assegurasse a aderência às demandas de saúde da população. 6 — Desencadeamento consciente de processo que garanta a participação da população em todos os momentos, de forma a construir em conjunto a história da transformação da saúde. 7 — Coordenação e articulação inter e intra-institucional que viabilizasse a consecução dos projetos e programas, assegurando o seu desenvolvimento. 8 — Desenvolvimento da capacidade assistencial do enfermeiro pela implantação de programas assistenciais nos níveis individual, familiar, grupal e da coletividade, embasados em referencial teórico e critérios referentes às complexidades das necessidades assistenciais formuladas, em conjunto, pelos prestadores da assistência e pela clientela. 9 — Atuação multiprofissional nas ações de saúde e divisão técnica do trabalho, tendo em vista a capacidade técnico-científica e política do profissional e do ocupacional, bem como a qualidade mínima requerida para a atuação, também cons-

truída em conjunto e reorientada no sentido de transformações contínuas. 10 — Produção de conhecimentos científicos embasados em pesquisas operacionais e divulgação destes conhecimentos, assegurando um sistema de troca, atualização e revisão teórico-prática. 11 — Definição de uma política de desenvolvimento de recursos humanos e adoção de programas compatíveis, que contemplem a formulação de:

- . perfil existente e esperado dos profissionais e ocupacionais;
- . sistema de seleção dos profissionais baseado neste perfil;
- . sistematização da avaliação e supervisão de pessoal;
- . desenvolvimento de sistema de educação continuada, incluindo Pós-Graduação “sensu lato” e “sensu strictu”.

12 — Continuidade do desenvolvimento de programas de ensino de enfermagem no nível de graduação, programas estes voltados para a saúde coletiva, embasados na ótica da determinação social do processo saúde-doença. 13 — Reorientação do currículo vigente do curso de Graduação, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, subsidiada pela transformação do perfil do profissional enfermeiro e decorrente da sua prática reflexiva e criadora. 14 — Busca de estratégias para a transformação do currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem, aproximando muito mais do perfil deste profissional emanado da prática aderente às reais necessidades de saúde da população. 15 — Estabelecimento de estrutura organizacional que garanta a coordenação, articulação das instituições públicas de saúde no nível local e estabelecimento de eficaz sistema de informações. 16 — Proposição de ações de saúde extra-muros para ampliar a clientela usuária dos serviços de saúde, no sentido de abarcar toda a população do Município de forma diferenciada, de acordo com as prioridades visualizadas quando da interpretação dessas necessidades.

V — As transformações oriundas do Projeto de Integração Docente-Assistencial

O impacto deste Projeto é verificado na prática que vem se dando no cotidiano das UBSs e, também, no aprofundamento das reflexões sobre as questões referentes a prática assistencial, bem como de ensino da enfermagem em saúde coletiva. Como uma consequência direta deste Projeto cabe destacar o sub-projeto, desenvolvimento de recursos humanos* na área de saúde da mulher elaboradas pela equipe do PIDA em conjunto com a clientela e representantes da comunidade. Além disso o PIDA propiciou transformações no ensino de enfermagem com modificação no conteúdo das disciplinas de “Enfermagem Preventiva e Comunitária” e “Nutrição e Dietética Aplicadas à Enfermagem”.

* EGRY, E.Y.; SHIMA, H. Projeto de desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde da mulher 1988-1989. (Projeto financiado pela Canadian International Development Agency).

VI — À guisa de conclusão

Todo o desenrolar deste Projeto de Integração Docente-Assistencial tem sido orientado no sentido da aproximação gradativa entre a teoria e a prática, através da condução praxiológica^{5,6}. Isto significa que a realidade da assistência e do ensino de enfermagem em saúde coletiva vem sendo transformados num processo contínuo e articulado de captação, interpretação, intervenção e reinterpretação dessa realidade, reconhecendo-se nela a vinculação do processo saúde-doença aos determinantes sociais a que estão expostos os grupos populacionais^{6,7}. As transformações de que se fala são em última instância, as referentes a transformação da qualidade de vida das populações, da qualidade da assistência, bem como da qualidade de ensino.

EGRY, E.Y.; BERTOLOZZI, M.R.; SHIMA, H. Integration Teaching-Assistance: the transformation of public health practices and teaching qualities through praxiologic conduction. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 169-76, Aug. 1991.

This study refer to Integration Teaching-Assistance Project which has been developed since 1986, between Nursing School of São Paulo University and technical team of Health Services of Tabão da Serra — a Municipality of São Paulo State.

It describes the development of that Project which has been oriented towards gradual approaching of theory to practice, through praxiologic conduction, aiming the transformation of assistance and teaching qualities in the Public Health.

UNITERMS: *Training support. Public health nursing.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTELLANOS, B.E.P.; BERTOLOZZI, M.R.; SALUM, M.J.L.; BARROS, S. A Integração docente assistencial como estratégia para o redimensionamento do ensino e da assistência em saúde coletiva. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. 2. e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. 3. São Paulo, 1989. **Programa**. São Paulo, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 115.
2. EGRY, E.Y.; SHIMA, H.; BERTOLOZZI, M.R.; SALUM, M.J.L. Integração docente assistencial: desenvolvendo um processo norteado pelo referencial materialista histórico e dialético. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. 2. e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. 3. São Paulo, 1989. **Programa**. São Paulo, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 115.
3. FONSECA, R.M.G.S. **Caracterização sócio-econômico-sanitário do Município de Taboão da Serra**. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, 1986. (mimeografado).
4. FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP. **Diagnóstico das condições de saúde da região de Itapeverica da Serra**. São Paulo, 1985.
5. HAHN, E.; KOSING, A. **A filosofia marxista-leninista**. Lisboa, Avante, 1988.
6. QUEIROZ, V.M. de; EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Rev. Bras. Enf.* v. 41, n. 1, p. 26-33, 1988.
7. SALUM, M.J.L.; EGRY, E.Y.; SHIMA, H.; FONSECA, R.M.G.S. Integração docente assistencial: espaço para a construção do saber em saúde coletiva. IN: CON-

GRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. 2. e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. 3. São Paulo, 1989. Programa. São Paulo, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 115.

8. SANCHEZ VASQUEZ, A. Filosofia do praxis. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
9. SHIMA, H.; FONSECA, R.M.G.S.; CHIESA, A.M.; AGRY, E.Y.; BERTOLOZZI, M.R.; FUJIMORI, E; OLIVEIRA, I.M.V.; OLIVEIRA, M.A.C.; CASTELLANOS, B.E.P.; GRECO, R.M.; ISHIHARA, E.Y.; CAMINADA, S. Capacitação de recursos humanos na área de saúde da mulher: a transformação da qualidade de assistência através da condução praxiológica. IN: CONGRESSO REDE IDA/BRASIL. 1. Rio de Janeiro. Programa. Rio de Janeiro, Rede IDA/BRASIL, 1989. p. 93.
10. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. Projeto de integração docente assistencial — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — Município de Taboão da Serra: documento de proposta conjunta de trabalho. São Paulo, 1988. (mimeografado).

AGRADECIMENTOS: a Roberto Augusto Castellanos Fernandez, Prof. Dr. do Departamento de Saúde Pública-USP e a Maria Concepción Pezo Silva, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem-USP pela colaboração prestada na versão do texto para a língua espanhola.

Participantes do processo de elaboração da proposta conjunta

Docentes da Escola de Enfermagem-USP

Emiko Yoshikawa Egry
Brigitta Elza P. Castellanos
Anna Maria Chiesa
Rosa Maria G.S. da Fonseca
Maria Rita Bertolozzi
Rosângela Maria Greco
Maria Amelia de C. Oliveira
Hisako Shima
Maria Josefina L. Salum
Elizabeth Fujimori
Ida Maria V. Oliveira
Sonia Barros

Profissionais da área de saúde do Município de Taboão da Serra

Marcia T. Maggini
Monica Richetti
Elizabeth Ishihara
Sirlena Caminada
Tereza Shimizu
Suzana J. Rosa
Natalia P. S. Martins
Elizabeth Maria Nunes
Hello Yukio Nomoto
Sandra H. S. Sderd
Andres Garcia Correa
Lulza Machida

Recebido em 10-9-90

Aprovado em 30-1-91