Roseli Ferreira da Silva

Prática Educativa Transformadora:
A Trajetória da Unidade Educacional de
Interação Comunitária

SÃO PAULO
2000

Prática Educativa Transformadora: A Trajetória da Unidade Educacional de Interação Comunitária

ROSELI FERREIRA DA SILVA

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-Infantil da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do Grau de Doutor.
Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador:
Prof. Dr. Oswaldo Y. Tanaka

São Paulo
2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DE TUDO, FICARAM TRÊS COISAS:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

PORTANTO DEVEMOS:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Pessoa

40481/2000 (doc)

Aos meus pais, Altair e Mary, que me ajudaram a compreender os verdadeiros valores da vida.

A todos aqueles que contribuem para a construção da unidade de Interação Comunitária.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a Oswaldo Y. Tanaka pela dedicada orientação, disponibilidade e estímulo durante todo o percurso do doutorado.

A Eliana Cláudia de O. Ribeiro pela colaboração na construção da Interação Comunitária e no desenvolvimento desta tese, e pelo privilégio de conviver e aprender com ela, Eliana, em todos os momentos.

A Roberto de Q. Padilha e Ricardo S. Komatsu pela confiança e apoio ao meu trabalho como coordenadora da Interação Comunitária, trabalho que possibilitou a realização desta tese, e ao Ricardo sobretudo pelas indicações bibliográficas precisas e sugestões.

Aos meus irmãos Cleide e Marcelo, meu cunhado Zorze e meus sobrinhos Guilherme e Fábio por terem me acompanhado e ajudado durante o período do doutorado, em São Paulo.

Aos membros da banca Roseni de Sena, Marcio de Almeida, César Baaklini e Alberto Reis pelas sugestões preciosas no período de pré-banca. E a Laura Feuerwerker pela valiosa contribuição na fase final da tese.

Aos meus companheiros de trabalho na FAMEMA: Sissi Pereira, Maurício Zanolli, Paulo Marcondes, Valéria Vernaschi e Regina Menita pelo apoio recebido ao longo do doutorado.

A Neusa, Vanessa, Edson e Sônia agradeço a convivência e o apoio diário no Projeto UNI.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, pelo acolhimento e disponibilidade.

A Capes pelo apoio financeiro concedido para a realização do doutorado.

Resumo

Silva RF. **Prática Educativa Transformadora: a trajetória da unidade educacional de Interação Comunitária**. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Esta investigação constitui - se em um estudo sobre a unidade educacional Interação Comunitária, dentro da proposta de mudança curricular dos cursos de enfermagem e de medicina da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, no contexto do Projeto UNI – Marília (Uma Nova Iniciativa na educação de profissionais de saúde em união com a comunidade), como estratégia para o desenvolvimento de modelos inovadores de formação de profissionais de saúde. O objetivo desta investigação foi analisar os principais aspectos metodológicos e pedagógicos da unidade de Interação Comunitária, sob a perspectiva dos atores que a constróem. A abordagem qualitativa, orientada pela dialética, foi a opção metodológica desta investigação. A coleta de dados constituiu-se no levantamento de informações contidas na memória dos sujeitos mediante entrevista individual. A análise dos dados obtidos foi realizada empregando-se a técnica de análise de conteúdo. Esta análise permitiu elaborar uma nova síntese sobre a Interação Comunitária na perspectiva do currículo como práxis e baseado na comunidade. Foram identificadas as possibilidades de produzir mudanças na formação dos profissionais de saúde tendo como base a integração com o serviço de saúde e com a comunidade, evidenciando as dificuldades do trabalho em parceria. Concluímos que a unidade educacional de Interação Comunitária na FAMEMA, constitui um cenário de prática educativa transformadora.

Descritores: Educação em enfermagem; educação médica; serviços de saúde comunitária; relações comunidade-instituições.

Summary

Silva RF. **Prática Educativa Transformadora: a trajetória da unidade educacional de Interação Comunitária.** [Innovative teaching-learning proposal: Community Interaction educational unit experience]. São Paulo (BR); 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

This study focuses on the Community Interaction Educational Unit at Marília Medical School, in the both contexts of the nursing and medical curriculum innovation and of the Marília UNI Project (A new initiative in Health professions education: partnership with the community), as strategy to develop the innovative health professions education models. The objective was analyze the methodological and pedagogic process develop at the Community Interaction Educational Unit. The qualitative approach, guided by the dialectic method, was the methodological option of this research. Data collection was done through individual interviews. Data analysis was done with content analysis technique. This research allowed us to elaborate a new synthesis on community interaction as part of curriculum and within its methodological approach and community-based characteristics. The integration of activities of health services and communities permitted to identify new possibilities for change on health professionals' education. Difficulties for this type of partnership were identified. Conclusion: the Community Interaction educational unit at Marília Medical School is a innovative teaching-learning proposal .

Descriptors: Education, nursing; education, medical; community health services; community-institutional relations.

Lista de abreviaturas

CINAEM : Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino

Médico

COMUNS : Conselho Municipal de Saúde de Marília

EMA: Educação Médica nas Américas

FAMEMA : Faculdade de Medicina de Marília

FMESM : Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília

FWKK: Fundação W.K. Kellogg

IC : Interação Comunitária

IDA: Integração docente-assistencial

Network : Network of Community-Oriented Educational Institutions for
Health Sciences

NOB: Norma Operacional Básica

SMHSM : Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS : Unidade Básica de Saúde

UNI : Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde:

União com a Comunidade

USF : Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidades educacionais do curso médico, FAMEMA,
Marília, 2000..... 48

Quadro 2: Unidades educacionais do curso de enfermagem, FAMEMA,
Marília, 2000..... 51

Quadro 3: UBS e critérios de escolha do campo de pesquisa, segundo
qualidade dos sujeitos e dos programas, Marília, 1999. 95

Índice

Resumo

Abstract

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de quadros

CAPITULO 1: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	5
1.1 O currículo como determinante das práticas educacionais	6
1.2 Aparelho formador na área da saúde, o movimento nas escolas de enfermagem e medicina no Brasil	18
1.3 A construção da Interação academia, comunidade e serviço de saúde	28
1.3.1 Alguns avanços do Programa UNI	35
1.4 O Projeto UNI Marília	41
1.4.1 A FAMEMA e os currículos dos cursos de medicina e de enfermagem	41
1.4.2 A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e a assistência à saúde	52
1.4.3 A comunidade e a participação no setor saúde.....	60
1.5 Abordagem educacional baseada na comunidade.....	65
1.5.1 Unidade educacional de Interação Comunitária	72
CAPITULO 2: PERCURSO METODOLÓGICO.....	81
2.1 O objeto de estudo	82
2.2 Referencial teórico-metodológico	84
2.3 Campo do estudo	93
2.4 Coleta e organização dos dados	96

**CAPITULO 3: INTERAÇÃO COMUNITÁRIA COMO ESPAÇO DE
CONSTRUÇÃO CURRICULAR: A ANÁLISE 100**

3.1 O processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem .. 101

3.2 Relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de
ensino - aprendizagem..... 111

3.3 A relação entre os espaços de aprender e trabalhar..... 116

CAPITULO 4: INTERAÇÃO COMUNITÁRIA: UMA NOVA SÍNTESE 119

Referências 127

Anexos 140

Capítulo 1

A formação dos profissionais de saúde

1.1 O currículo como determinante das práticas educacionais

O conceito de educação ao longo de toda a vida é visto como uma das chaves de acesso ao século XXI, e vem dar resposta ao desafio de um mundo em rápida transformação. Para tanto é necessário preparar as pessoas para acompanharem as inovações, tanto na vida privada como na vida profissional (DELORS et al. 2000).

O crescimento dos seres humanos é propiciado tanto pela educação formal como pela informal. Na educação formal são incorporadas teorias de desenvolvimento e de aprendizagem promovendo o crescimento das pessoas.

As capacidades cognitivas básicas - generalizar, recordar, formar conceitos, raciocinar logicamente, e outras - estão presentes em todos os grupos culturais. As diferenças existentes revelam-se na maneira de utilizar essas capacidades em situações concretas de resolução de problemas, e essas diferenças estão relacionadas com os tipos de experiências educacionais vivenciadas. Entendem-se essas experiências como uma proposta que integra os processos de desenvolvimento e de aprendizagem dos seres humanos. Pesquisas mostraram que “existem alguns processos universais cognitivos, porém o fato de serem efetivamente postos em prática depende da natureza dos aprendizados específicos propiciados pelas experiências educativas” (COLL 1999, p. 40).

A educação é designada como “o conjunto de atividades mediante as quais um grupo assegura que seus membros adquiram a experiência social historicamente acumulada e culturalmente organizada ... fazem parte desta experiência os instrumentos cognitivos de natureza simbólica e seus usos e os processos psicológicos superiores” (COLL 1999, p.42).

Para enfrentar os desafios do futuro é necessário assinalar novos objetivos à educação e portanto repensar a idéia que se tem da sua utilidade. Uma nova concepção ampliada de educação deveria “fazer com que todos pudessem descobrir, reanimar e fortalecer o seu potencial criativo ... isto supõe que se ultrapasse a visão puramente instrumental da

educação, considerada como a via obrigatória para obter certos resultados, e se passe a considerá-la em toda a sua plenitude: realização da pessoa que, na sua totalidade, aprende a ser” (DELORS et al. 2000, p. 90).

Há múltiplas formas de educação, através de várias instituições, como os partidos políticos, os sindicatos, associações de bairros, associações religiosas, através de relações informais, da convivência, dos meios de comunicação, entre as quais se situa a escolar (SAVIANI 1997). Com a evolução das sociedades, as atividades educativas passaram a ser efetuadas em instituições específicas e habilitadas para fins educacionais, as escolas. Desta forma, o currículo adquire sua significação e cumpre um papel fundamental na organização da aprendizagem, num processo de desenvolvimento da educação escolar (GOODSON 1998).

Ao longo da história, o currículo foi deixando de ser uma área só técnica, centrada em questões relativas a procedimentos e métodos, passando a expressar visões mais amplas, englobando questões sociológicas, políticas, epistemológicas (MOREIRA e SILVA 1994). A dimensão exclusivamente técnica contribuiu para uma visão de currículo fria e estanque, na qual este termo muitas vezes é utilizado num sentido limitado, referindo-se apenas aos objetivos e conteúdos curriculares, ou até mesmo a uma simples grade disciplinar.

MOREIRA (1997) diz que há dois sentidos mais usuais da palavra currículo, que diferem essencialmente por distintas ênfases nos elementos que o constituem. Em um sentido, o currículo é tratado pedagógica e didaticamente pela escola devendo ser aprendido e aplicado pelo estudante. No outro, o currículo tem um sentido mais amplo envolvendo as mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais do contexto onde ocorre a aprendizagem. Neste último, o currículo valoriza mais o conjunto de experiências a serem vividas pelo estudante sob orientação da escola. Em ambos os sentidos, o currículo “envolve apresentação de conhecimentos e inclui um conjunto de experiências de aprendizagem que visam favorecer a assimilação e a reconstrução desses conhecimentos” (p.12).

Outra corrente, que exerceu influência sobre a construção de currículos, foi a psicologia comportamental, que enfatizou a necessidade de trabalhar os objetivos curriculares. A formulação dos objetivos serve para o exame das relações entre os objetivos do currículo e os objetivos educacionais, e para a seleção, ordenação e hierarquização dos itens do currículo. Nesta visão, de acordo com Tyler (1950) citado por DOLL JR. (1997, p. 69), “a seleção de objetivos não só é o primeiro ato que deve ser realizado no planejamento do currículo, como é também a chave de todo o processo”.

Habitualmente os objetivos educacionais são gerais, nebulosos ou vagos, enquanto os objetivos do currículo são estruturados em termos das necessidades profissionais e do trabalho prático da sociedade contemporânea.

Segundo COLL (1999), no currículo concretiza-se e estrutura-se uma série de princípios, como os ideológicos, pedagógicos e psicopedagógicos que, em conjunto, revelam a orientação geral do sistema educacional. O currículo inclui tanto aspectos estritos - objetivos e conteúdos – como os aspectos de instrução - relativos a como ensinar. O autor define currículo como um elo “entre a declaração de princípios gerais e sua tradução operacional; entre a teoria educacional e a prática pedagógica; entre o planejamento e a ação; entre o que é prescrito e o que realmente sucede nas salas de aula” (p.34).

O currículo mostra uma intenção educacional, a qual desempenha um papel na orientação do processo de ensino-aprendizagem. Assim, o currículo é uma série estruturada de resultados pretendidos de aprendizagem; o currículo prescreve ou, pelo menos, antecipa os resultados esperados do ensino (JOHNSON JR. 1980).

Alguns elementos do currículo, definidos por COLL (1999), são considerados importantes para o cumprimento das suas funções:

1. Proporcionar informações sobre o que ensinar, que inclui conteúdos e objetivos;

2. Proporcionar informações sobre quando ensinar, referindo-se à maneira de ordenar e dar seqüência aos conteúdos e objetivos;
3. Proporcionar informações sobre como ensinar, referindo-se à maneira de estruturar as atividade de ensino/aprendizagem das quais participarão os estudantes, a fim de atingir os objetivos propostos em relação aos conteúdos selecionados;
4. Proporcionar informações sobre o que, como e quando avaliar.

A concepção de currículo adotada neste trabalho é a apresentada por GIMENO SACRISTÁN (1988), na qual se entende o currículo como uma práxis e não como um objeto estático emanado de um modelo coerente de pensar a educação ou as aprendizagens necessárias, que não se esgota na parte explícita do projeto de socialização cultural nas escolas. É uma prática da função socializadora e cultural da instituição, que se reagrupa em torno de uma série de subsistemas ou práticas diversas, entre as quais se encontra a prática pedagógica desenvolvida em instituições escolares.

Este enfoque é considerado integrador de conteúdos e formas, o currículo e o ensino estão juntos, o ensino é visto como o conjunto de atividades que transformam o currículo na prática para produzir aprendizagem. Este currículo que se realiza na prática segundo LIBÂNEO (1998) supera a dicotomia entre teoria e prática sustentada pelos tecnicistas. Ainda este autor registra que a definição de currículo proposta por Gimeno Sacristán parece atender às exigências de uma teoria curricular crítica.

O currículo é envolvido com relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas, produz identidades individuais e sociais particulares. Ele tem uma história vinculada à forma de organização da sociedade e da educação, e não pode mais ser analisado fora de seu contexto social e histórico (MOREIRA e SILVA 1994).

O currículo é a expressão do projeto político-pedagógico proposto pela instituição educacional que, por sua vez, está orientada pela missão institucional. Muitas vezes o projeto político-pedagógico não é explicitado,

então ao analisar o currículo é possível apreender a intenção educacional da instituição.

A análise do currículo, de seus conteúdos e formas, é básica para se entender o projeto político-pedagógico da instituição educacional em seus diferentes níveis e modalidades. Quando desenvolvemos a análise curricular, temos a possibilidade de descobrir as condições da prática educacional, e de ter uma melhor compreensão dos fenômenos que se produzem nos sistemas educacionais, manifestando o compromisso com a realidade.

GIMENO SACRISTÁN (1998) propõe quatro grandes orientações básicas para abordar a configuração de modelos teóricos e de práticas relacionadas com o currículo: a) o currículo como soma de exigências acadêmicas; b) o currículo como base de experiências; c) o legado tecnológico e eficientista no currículo; d) a ponte entre a teoria e a prática: o currículo como configurador da prática. A seguir faremos uma apresentação das principais idéias de cada modelo apresentadas por este autor.

O currículo como soma de exigências acadêmicas

Essa perspectiva é fácil de ser percebida atualmente nas práticas escolares. O academicismo é fortemente demonstrado no currículo pelo enfoque nos conteúdos formalizados através das diferentes disciplinas curriculares. “É uma concepção que recolhe toda a tradição acadêmica em educação, que valoriza os saberes distribuídos em disciplinas especializadas, como expressão da cultura elaborada, transformando - as em instrumento para o progresso pela escala do sistema escolar” (GIMENO SACRISTÁN 1998, p. 39).

O currículo é elaborado a partir de uma lista de conteúdos, em que a administração escolar se apoia para as regulações curriculares. A forma como os professores se organizam e a maneira como funciona a administração escolar potencializam a manutenção deste enfoque.

O enfoque academicista é considerado fonte de aprendizagens de escasso significado para os estudantes, pois há necessidade de se ter uma maior relação entre os conhecimentos de áreas diversas.

O currículo como base de experiências

Esta concepção de currículo se ancora nas experiências e interesses dos estudantes. A importância dada aos aspectos intelectuais, físicos, emocionais e sociais dos estudantes nesta concepção tem como consequência uma maior ênfase nos aspectos metodológicos do ensino, já que destes depende o desenvolvimento daqueles aspectos e não de conteúdos estritos de ensino.

“ O currículo, desde uma perspectiva pedagógica e humanista que atenda à peculiaridade e à necessidade dos estudantes, é visto como um conjunto de cursos e experiências planejadas que um estudante tem sob a orientação de determinada escola” (GIMENO SACRISTÁN 1998, p.41).

A concepção do currículo como experiência está mais de acordo com a visão de escola como uma agência socializadora e educadora total. Esta ressalta a importância dos processos psicológicos dos estudantes, em contraposição aos interesses sociais e aos interesses dos especialistas das disciplinas. Para elaboração dos projetos educativos utilizam-se como referência as necessidades dos estudantes e a atenção aos processos pedagógicos e não apenas aos conteúdos.

De acordo com Dewey (1967) citado por GIMENO SACRISTÁN (1998, p.42) o desafio de construção desse tipo de currículo é “ saber qual é o lugar e o sentido das matérias de ensino e da organização de seu conteúdo dentro da experiência”. Um outro desafio é o de garantir a continuidade das experiências de aprendizagem e o de definir o progresso dos estudantes no projeto educativo, que continua sendo necessário nas instituições educacionais.

Essa perspectiva experimental é “mais totalizadora que a perspectiva do currículo como soma de exigências acadêmicas, mas dentro de um

referencial psicopedagógico no qual, em muitos casos, se perde de vista aquela relação com a cultura formalizada, é também a expressão da experiência mais madura e elevada dos grupos sociais” (GIMENO SACRISTÁN 1998, p.44). Esse currículo tem sido considerado relevante na medida em que as escolas conseguem responder, com base na experiência, às demandas de uma sociedade em constante mutação, exigindo a rápida incorporação de novos conhecimentos.

O legado tecnológico e eficientista do currículo

O modelo tecnológico e eficientista, apoiado na burocracia e imposto ao corpo docente como racionalizador da prática, organiza e controla o currículo.

O currículo se sustenta por meio da distribuição e especialização dos conteúdos nos cursos, em níveis e modalidades dos mesmos. O sistema educativo regula todo o processo, ordena o acesso e o progresso aos níveis escolares, regula o acesso e trabalho do corpo docente. O componente administrativo é dominante no currículo e cria todo um mecanismo de racionalização, utilizando esquemas próprios da burocracia, também utilizados pela gestão científica industrial, estabelecendo princípios de eficácia, controle, previsão, racionalidade e economia na adequação de fins a meios, como elementos - chave da prática.

Esse modelo teve sucesso nos contextos políticos não democráticos, com administração centralizada e intervencionista, onde o único espaço de atuação restringe-se à discussão sobre a eficácia no cumprimento das diretrizes do projeto educacional. Exclui as dimensões filosófica, política, social e pedagógica do currículo. O currículo, segundo essa concepção, é um objeto manipulado tecnicamente, onde não se discutem o valor e o significado dos conteúdos.

Nesta perspectiva para TYLER (1976) o currículo é composto pelas experiências de aprendizagem planejadas e dirigidas pela escola para conseguir os objetivos educacionais.

A ponte entre a teoria e a ação: o currículo como configurador da prática

Segundo GIMENO SACRISTÁN (1998), o currículo como configurador da prática é um esquema globalizador dos problemas relacionados com o currículo que, num contexto democrático, deve desembocar em propostas de maior autonomia para a administração escolar e para o próprio corpo docente, facilitando uma prática docente mais criativa. Essa maior preocupação pela prática vem de uma abordagem crítica da educação e da análise daquela como objeto social.

Uma outra questão nos currículos é a falta de autonomia dos estudantes e dos professores. É pouco provável que os professores contribuam com metodologias inovadoras e que possibilitem a liberdade dos estudantes quando estão trabalhando de acordo com uma prática altamente controladora (GIMENO SACRISTÁN 1998).

Um currículo deve superar as formas de pedagogia que impedem a liberdade de expressão e negam as experiências e histórias pelas quais os estudantes dão sentido ao mundo; a escola é um território de luta e a pedagogia é uma forma de política cultural.

A pedagogia tem preocupações que “abrangem a integração, na prática, de certo conteúdo e modelo de organização curricular, estratégias e técnicas didáticas, tempo e espaço para a prática dessas estratégias e técnicas, bem como propósitos e métodos de avaliação” (GIROUX e SIMON 1994, p. 98)

Para GIROUX e SIMON (1994) a pedagogia enfoca os processos pelos quais se produz conhecimento. Visto que esta tem uma intencionalidade no currículo, pergunta-se que pedagogia se deve praticar? Esses autores colocam a possibilidade do emprego da pedagogia crítica, que busca incorporar a experiência do estudante ao conteúdo curricular, sem deixar de questioná-la para evitar o conservadorismo inerente das experiências pessoais. Outro aspecto importante da pedagogia crítica é trabalhar com os estudantes procurando explicar as contradições sociais em que todos nós vivemos.

A pedagogia crítica, a qual se faz referência, procura um tipo de orientação pedagógica que seja crítica sem ser reprodutiva, esta formulação envolve “a necessidade de se compreender a educação no seu desenvolvimento histórico-objetivo e, por consequência, a possibilidade de se articular uma proposta pedagógica cujo ponto de referência, cujo compromisso, seja a transformação da sociedade e não sua manutenção, a sua perpetuação” (SAVIANI 1997, p. 108).

A diminuição do predomínio do positivismo na educação, o enfraquecimento da psicologia sobre a teoria e prática escolar, o reaparecimento do pensamento crítico na educação e a maior conscientização do corpo docente sobre seu papel deram lugar a uma maior expansão do currículo como configurador da prática (GIMENO SACRISTÁN 1998).

Esse tipo de currículo deve contribuir para melhorar a compreensão dos fenômenos produzidos na educação, traduzindo - se em compromisso com a realidade. APPLE (1994) defende o envolvimento da educação com o mundo real das alternantes e desiguais relações de poder. E que as teorias, diretrizes e práticas envolvidas na educação não são técnicas, são intrinsecamente éticas e políticas. O que deve ser ensinado ao estudante não é apenas uma questão educacional, mas sim ideológica e política.

Importante perceber que a realidade é muito complexa e que os professores devem aprofundar-se na compreensão dos modos contraditórios pelos quais a educação funciona em nossa sociedade. Para APPLE (1994) é necessário “analisar o modo pelo qual operam poderosos interesses conservadores, tanto ideológicos como materiais, pois isso permite compreender melhor tanto as condições de atuação da educação como as possibilidades de alteração dessas condições” (p. 47).

Segundo Grundy (1987) citado por GIMENO SACRISTÁN (1998, p.48) para que o currículo contribua para o interesse emancipatório do ensino-aprendizagem esse deve ser entendido como uma práxis, apoiando-se nos seguintes princípios:

- a) tem que ser uma prática sustentada pela reflexão - práxis, mais do que entender o currículo como um plano que é preciso cumprir, pois se constrói através de uma interação entre a reflexão e a atuação, dentro de um processo circular que compreende o planejamento, a ação e a avaliação, todo integrado em uma espiral de investigação - ação;
- b) posto que a práxis tem lugar em um mundo real e não em um hipotético, o processo de construção do currículo não deve se separar do processo de realização nas condições concretas dentro das quais se desenvolve;
- c) a prática opera-se em um mundo de interações, que é o mundo social e cultural, significando com isso que não pode se referir de forma exclusiva a problemas de aprendizagem, já que se trata de um ato social, o que leva a contemplar o ambiente de aprendizagem como algo social, entendendo a interação entre o ensino e a aprendizagem dentro de determinadas condições;
- d) o mundo da práxis é um mundo construído, não natural. O conteúdo do currículo é assim uma construção social. Através da aprendizagem do currículo, os estudantes se convertem em ativos participantes da elaboração de seu próprio saber, o que deve obrigá-los à reflexão sobre o conhecimento, incluindo o professor;
- e) do princípio anterior se deduz que a práxis assume o processo de criação de significado como construção social, com conflitos, pois se descobre que esse significado acaba sendo imposto pelo que tem mais poder para controlar o currículo.

A prática acontece na situação social, com prévia reflexão para a tomada de decisão, onde as situações são moldáveis, através do diálogo de

todos envolvidos na situação. Corroborando com essa questão GIROUX e SIMON (1994) dizem que as escolas são formas sociais que “ampliam as capacidades humanas para que as pessoas tenham condições de intervir na formação de suas próprias subjetividades e para serem capazes de exercer poder com vistas a transformar as condições ideológicas e materiais de dominação em práticas que promovam o fortalecimento do poder social e demonstrem as possibilidades da democracia” (p.95).

Gibby (1978) citado por GIMENO SACRISTÁN (1998) denominou essa teoria do currículo de processo, onde a utilidade do currículo aparece como um instrumento de comunicação entre a teoria e a prática, e os professores e estudantes desempenham um papel ativo no currículo e passam a ser questionadores reflexivos de suas práticas. E, sem perder de vista a importância do currículo como projeto cultural, sua funcionalidade está em sua sintaxe, não numa mera justaposição de conteúdos.

É importante reconhecer o carácter social da escola nesta concepção do currículo como configurador da prática. O objetivo básico nesta visão da socialização dos estudantes é prepará-los para sua incorporação ao mundo do trabalho. Isto significa desenvolver nas novas gerações de estudantes, não só, conhecimentos, idéias, habilidades e capacidades formais, mas também desenvolver disposições, atitudes, interesses e padrões de comportamento. Um segundo objetivo do processo de socialização da escola é a formação do cidadão para a sua intervenção na vida pública, preparar os estudantes para que se incorporem à vida adulta e pública (GIMENO SACRISTÁN e PÉREZ GÓMEZ 1998).

A forma como se concebe o processo de socialização é fundamental para o alcance deste objetivo. Segundo GIMENO SACRISTÁN e PÉREZ GÓMEZ (1998), o processo de socialização como “reprodução da arbitrariedade cultural dominante e preparação do estudante para o mundo do trabalho e para a sua atividade como cidadão não pode ser concebido como um processo linear, mecânico; mas como um processo complexo e sutil marcado por profundas contradições e inevitáveis resistências individuais e grupais” (p. 19).

A importância do formato do currículo como elemento de comunicar as idéias com as práticas dos professores, aparece como mais uma contribuição da análise curricular. Para entender este elemento é necessário analisar a adequação do formato e verificar os meios através dos quais se realiza essa função. Essa proposta acaba por recuperar dois aspectos importantes: o da dimensão cultural do currículo e o da dimensão crítica das condições da prática curricular.

A análise de um currículo supõe descobrir a realidade na qual trabalhamos e as complexas relações entre as idéias e as realidades. A compreensão do currículo, ou seja compreender o que se faz e as dimensões que se entrecruzam na prática, permitirá ao docente identificar o potencial da prática pedagógica para a contribuição e transformação do contexto onde o processo de ensino - aprendizagem é desenvolvido, levando a uma aprendizagem relevante.

O currículo como *“configurador da prática”* é, dentre as quatro orientações proposta por Gimeno Sacristán, a que tem maior identidade com a proposta da unidade educacional de Interação Comunitária. Utilizar este referencial é ter a perspectiva de abordar a Interação Comunitária na dialética teoria - prática.

1.2 *Aparelho formador na área da saúde, o movimento nas escolas de enfermagem e medicina no Brasil*

A formação profissional apresenta uma série de problemas, como a inadequação ao mercado de trabalho e às necessidades de saúde e a insuficiência de qualidade. As variações nas práticas dos profissionais indicam a possibilidade de melhorias significativas na eficácia e na eficiência dos serviços prestados, que são determinadas pelos milhares de micro-decisões autônomas tomadas cotidianamente pelos profissionais (DUSSAULT e SOUZA 2000)¹.

A formação de recursos humanos para a área da saúde tem sido assunto de debates, por décadas, em muitos congressos, conferências e temas de diversos estudos e pesquisas. Este tema vem sendo apontado como uma área crítica, que necessita de reorientação, sinalizando concretamente a necessidade de mudar, de transformar os modelos de formação de recursos humanos.

TEIXEIRA e PAIM (1996) mencionam que muitos desses estudos e pesquisas apontam, como responsáveis da crise da formação de recursos humanos, determinantes externos, tais como os interesses capitalistas médico-industriais, a organização dos serviços de saúde, o mercado de trabalho e a política de saúde do Estado. E, como determinantes internos, a desintegração básico-profissional e/ou biológico-social, o especialismo, a desarticulação ensino-serviço entre outros.

Portanto, a formação dos profissionais de saúde vem periodicamente sendo marcada por diversas propostas no sentido de melhorar, de adequar a formação desses profissionais a cada momento histórico. Segundo CHAVES (1994) não se trata de trocar de linha de formação e de trabalho a cada década e recomeçar tudo, mas sempre há um fio que liga tudo, existe uma continuidade, um processo de construção de paradigma que serve

¹ DUSSAULT G, SOUZA LE. Gestão de recursos humanos em saúde, p.2, 2000.[mimeo].

como um arcabouço conceitual para o trabalho e ação no setor saúde e educação.

Nesse contexto se tentará recuperar parte dos fatos que influenciam a formação dos profissionais de saúde.

As primeiras escolas de enfermagem no Brasil, no final do século passado, tiveram influência das enfermeiras francesas. Em 1923, teve início a primeira Escola de Enfermagem com base na chamada enfermagem moderna, seguindo o modelo Nightingale, de influência inglesa. Nessa escola também, surgiu o trabalho de enfermeiras de saúde pública, pelo interesse de combater as endemias e epidemias prevalentes na época, e não como produto de consenso social (CASTRO et al. 1989).

No final da década de 30, e início da de 40, devido ao forte desenvolvimento industrial e a renovação dos hospitais, com a criação dos hospitais universitários, surgiu a “necessidade da assistência de enfermagem qualificada e especializada e a conseqüente criação de novas escolas de enfermagem, porém o enfoque maior continuou centrado no cenário hospitalar” (CASTRO et al. 1989, p.107).

Um grande marco na formação dos profissionais na área da saúde foi o Informe Flexner², que teve influência no Brasil a partir de 1940, com a criação de novas escolas de medicina, enfermagem e odontologia e com a reformulação das já existentes. Esse modelo é marcado por características tais como: a sólida formação em ciências básicas, a separação entre ciclo básico e clínico, a departamentalização; a criação dos hospitais-escola, o ensino hospitalar centrado na atenção médica individual, entre outras. Nesta época, as faculdades da área da saúde no Brasil utilizaram-se dos serviços existentes, tais como os hospitais filantrópicos, como locais de ensino e prática dos estudantes.

Desde a adoção das recomendações de Flexner e de sua aceitação geral na maioria das escolas da área da saúde, não houve novas e significativas mudanças na educação médica (BYRNE e ROZENTAL 1994).

² O Informe de Abraham Flexner, em 1910, constituiu-se de um relatório sobre o ensino médico no Estados Unidos, o qual teve influência na reformulação do ensino nas faculdades de medicina nos Estados Unidos e em outros países.

A reorientação da formação dos profissionais da saúde tem enfrentado, até os dias de hoje, o paradigma flexneriano que, apesar de questionado e mostrar sinais de exaustão, tem demonstrado fôlego até em países que introduziram mudanças significativas na organização dos serviços de saúde (TEIXEIRA e PAIM 1996).

Nos anos 50, aparecem os modelos de medicina integral e a criação dos departamentos de medicina preventiva, marcados pela conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, realizada em Colorado Springs, Estados Unidos. Nessa conferência aparecem as críticas à separação das medicinas curativa e preventiva, e foram lançadas as bases do ensino da medicina integral. Segundo ALMEIDA (1997) a proposta de uma medicina integral permaneceu no âmbito da retórica, o que indicava a força dos seus limites transformadores no contexto latino-americano.

Nos anos 50 e 60, iniciaram-se os serviços de saúde específicos para o ensino, a assistência tinha um papel menos importante. Nesses serviços de ensino, geralmente hospitais, os pacientes submetidos às relações de dominação deveriam aceitar qualquer condição para o seu tratamento. Ainda na década de 60, alguns questionamentos e críticas feitos a esse modelo culminaram na reforma universitária brasileira, com a extinção da cátedra, a criação de departamentos e de institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisas mais adequadas à realidade brasileira, alterações no padrão interno de relações entre professores e alunos (MARSIGLIA 1995).

No Primeiro Plano Decenal de Saúde das Américas, em 1962, levantou-se a problemática da carência de médicos na América Latina, introduziu-se a questão do planejamento de recursos humanos contribuindo-se para o início da expansão do número de escolas médicas em vários países (ALMEIDA 1997).

Na década de 70, surge o movimento de atenção primária à saúde, denominado de extensão de cobertura, desencadeando projetos de medicina comunitária com influência na formação dos profissionais da saúde. A Conferência Internacional de Alma-Ata, organizada pela OMS em

1978, que teve como slogan “Saúde Para Todos no Ano 2000”, aponta a Atenção Primária à Saúde - APS - como uma grande estratégia para o setor saúde, e também teve grande influência na formação profissional (WHO 1978).

ALMEIDA (1997) registra que na maioria dos países a APS não é entendida como estratégia global de reformulação do sistema de saúde, mas sim como um programa voltado a satisfazer necessidades eventuais de grupos sociais marginalizados, com recursos de baixa densidade tecnológica e custos mínimos e mais a participação comunitária.

Ainda nesta década de 70, no Brasil, se verifica uma maior ênfase nas atividades de prestação de serviços à comunidade, os denominados “serviços de extensão universitária”, um dos 3 eixos da universidade junto com o ensino e a pesquisa que, segundo MARSIGLIA (1995), eram serviços de efeito de demonstração e experimentação da universidade nos quais a população atendida ou o próprio poder público pouco ou nada poderiam interferir.

Em 1972, foi aprovado pelos Ministros da Saúde o 2º Plano Decenal de Saúde das Américas (OMS 1973), o qual ratificou a saúde como direito de todos, identificou os recursos humanos como elementos fundamentais para a atenção médica integral. Nesse Plano foram ressaltados a saúde como função biológica e social, como campo multidisciplinar e o estabelecimento de relações dos organismos de saúde pública e privada com as universidades, utilizando a regionalização docente-assistencial e a participação precoce dos estudantes nos serviços de saúde.

A partir da metade da década de 70, com o início de um processo de discussão sobre o sistema de saúde do Brasil, uma sequência de projetos, planos e programas foi apresentada (TEIXEIRA e PAIM 1996; FEUERWERKER e MARSIGLIA 1996): Lei 6229 de constituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975; Rede Médico-Sanitária e Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, em 1977; PREVSAÚDE, em 1980; Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social - Plano CONASP, em 1982; Ações Integradas de Saúde

– AIS, em 1984; e com a constituição e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de saúde no Brasil – SUDS, em 1987; e com Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990; evidenciam-se os antigos problemas de formação e colocam-se novos desafios aos processos de formação e capacitação de pessoal.

Estes processos de reforma da saúde no Brasil tinham como objetivos a melhoria da acessibilidade, da equidade e da qualidade dos serviços, e não deveriam se limitar à reforma das estruturas; deveriam também, e de modo prioritário, adequar as competências, os comportamentos e as atitudes dos prestadores e dos recursos humanos (DUSSAULT e SOUZA 2000)³.

Segundo ALMEIDA (1997), mesmo com todo esse processo de reorientação do setor saúde, as universidades continuam desvinculadas da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma. Considera-se que poucas e parciais propostas na formação de recursos humanos foram implementadas nas universidades, em relação ao movimento de organização dos serviços de saúde. Ainda, esse autor coloca que o setor saúde tampouco expressa referência para a formação de recursos humanos, e que as manifestações resumem-se à constatação da inadequação dos perfis profissionais e as mudanças no aparelho formador.

De acordo com FEUERWERKER (1998), durante todo este período da década de 70, os grupos inovadores da educação médica no Brasil tiveram também grande influência dos trabalhos de Juan Cesar Gárcia, que coordenou um estudo sobre as características gerais da educação médica na América Latina, divulgado em 1970; e do trabalho de Jorge de Andrade sobre o “Marco Conceptual da Educação Médica na América Latina”, de 1978. Mesmo com a expansão das escolas médicas neste período, não houve implementação de novas experiências de organização curricular e de metodologias de ensino; estas novas escolas mantiveram o exemplo e o modelo das escolas tradicionais.

³ DUSSAULT G, SOUZA LE. Gestão de recursos humanos em saúde, p.2, 2000.[mimeo].

No início dos anos 80, já havia um reconhecimento da necessidade de maior integração entre os hospitais universitários e a rede de serviços de saúde, com o propósito de garantir a continuidade da atenção aos pacientes e de diversificar as experiências acadêmicas dos estudantes FEUERWERKER (1998).

Nesse sentido, foi incentivado pelas autoridades educacionais e organizações não governamentais a articulação ensino-serviço, e várias iniciativas foram implementadas pelas universidades, entre elas o Programa de Integração Docente - Assistencial (PIDA).

Nesse Programa, a Integração Docente assistencial - IDA, foi definida como “ união de esforços em um processo de crescente articulação entre as instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino” (OPAS/MS/MPAS/MEC 1979, p.3).

A IDA apareceu como proposta substitutiva aos laboratórios de comunidade referidos a pequenos grupos populacionais, utilizados pelos departamentos de medicina preventiva. Surge como proposta alternativa visando à inter-relação de todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, em um contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção. Essa proposta apresentou muitas variações, desde a simples utilização dos serviços de saúde como espaços de prática, até tentativas de reorganização do processo educativo ao redor de um novo modelo de organização dos serviços de saúde (ALMEIDA 1997).

A formação de profissionais de saúde, mais especificamente a formação médica, teve influência considerável do PIDA. Esse programa constituiu-se como uma das tendências da área de formação de recursos humanos na América Latina e foi levado em conta como critério essencial no planejamento de muitas mudanças educacionais (FEUERWERKER e MARSIGLIA 1996).

O modelo proposto pelo PIDA era de integração entre as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde e as instituições de

prestação de serviços de saúde já existentes, em que o ensino deveria ser realizado nos serviços públicos que estariam passando por transformações exigidas pelas propostas do SUS (MARSIGLIA 1995).

Esse programa tinha como prioridade o desenvolvimento dos serviços de saúde e deveria contribuir com mudanças no currículo das faculdades, visando à formação geral do médico e estabelecendo novas relações entre estudantes e professores, entre professores e a prática, e entre estudantes e a prática (FEUERWERKER e MARSIGLIA 1996).

Alguns estudos de avaliação do PIDA mostraram seus limites e indicaram um esgotamento dessa estratégia, pois ela não foi suficiente para introduzir mudanças mais profundas, abrangentes e duradouras (ALMEIDA 1997). Três debilidades foram apontadas por Kisil, citadas por MARSIGLIA (1995): ausência de participação da comunidade; segmentação por faculdade, profissão ou departamento; e ausência de alterações profundas na estrutura curricular das faculdades.

No final da década de 80, um importante estudo foi realizado sobre a educação médica nas Américas, resultado de um esforço coordenado envolvendo a maioria dos países latino-americanos, realizado através do Projeto EMA - Educação Médica nas Américas, desencadeado pela Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina - FEPAFEM. Este estudo também era um preparativo para a Conferência Mundial de Educação Médica marcada para 1988, em Edimburgo, e promovida pela Federação Mundial de Educação Médica. O Projeto EMA teve duas finalidades principais: (1) analisar a situação da educação médica com uma visão crítica, identificando problemas, bem como possíveis ações resolutivas; (2) formular um plano de médio prazo para o desenvolvimento da educação médica, com base nas mudanças sociais, nas necessidades epidemiológicas e nos avanços tecnológicos (CHAVES e ROSA 1990).

O Projeto EMA analisou a articulação entre as escolas médicas com os serviços de saúde, uma das mais importantes conclusões alcançadas foi que o ensino dos profissionais da saúde dava grande ênfase aos hospitais de ensino e, dentre estes, às enfermarias com pacientes mais graves do

que aos ambulatórios; com isso, os estudantes não se defrontavam com a maioria dos problemas de saúde da população (MARSIGLIA 1995).

No período de 1987-1989, enquanto se desenvolvia o Projeto EMA, a Fundação Kellogg apoiou estudos que permitiram o melhor conhecimento da situação do ensino de enfermagem, odontologia e administração de serviços de saúde da América Latina (CHAVES e ROSA 1990).

Ainda na década de 80 vários documentos de âmbito internacional tiveram influências nas propostas de mudanças na educação dos profissionais de saúde: a Educação Profissional Geral dos Médicos do Século XXI, da Associação de Escolas médicas dos Estados Unidos, de 1984; a Declaração de Edimburgo, da Conferência Mundial de Educação Médica, de 1988; o Informe “A Educação médica em transição”, informe da comissão Robert-Wood Jonhson sobre educação médica, de 1990; A Enfermeira do Século XXI na América Latina, documento da reunião Desenvolvimento Internacional de Enfermagem para o Século XXI, de 1989.

Com o objetivo de obter uma visão global da situação da enfermagem em nível internacional para determinar estratégias orientadas à eficiente preparação e utilização de recursos humanos de enfermagem necessários para o futuro, foi realizada essa reunião de Desenvolvimento Internacional de Enfermagem, na Itália em 1989. Parte dos trabalhos apresentados analisaram a situação e os desafios da enfermagem na América Latina para o século XXI, desde a perspectiva da educação, da prática e das políticas e regulamentação da enfermagem (KELLOGG 1991).

A expectativa desses trabalhos foi compartilhar uma visão a respeito dos desafios da enfermagem para o futuro, que poderia ser útil para fomentar a discussão de como avançar na promoção das mudanças necessárias para melhorar a saúde da população (KISIL 1991).

A “Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences” – NETWORK, criada no final dos anos 70 para fortalecer programas ou experiências inovadoras no campo da formação de recursos humanos em saúde, distribuídos pelas várias regiões do mundo, começa a ter influência no Brasil no início dos anos 90. Estes programas tinham como

características comuns a orientação comunitária e a aprendizagem baseada em problemas, que se tornaram junto com a educação centrada no estudante os conceitos centrais do arcabouço teórico-metodológico da proposta NETWORK (ALMEIDA 1997). Conceitos estes que vêm sendo incorporados nas reformulações curriculares no Brasil.

Nos anos 90, de acordo com BYRNE e ROZENTAL (1994), ficou evidente o desejo generalizado de reforma na educação dos profissionais da saúde.

Levando em conta experiências, resultados e avaliações de propostas anteriormente desenvolvidas, surge na década de 90, no cenário da América latina, o programa UNI: Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais da saúde: União com a comunidade.

A proposição do programa UNI teve por base uma experiência de mais de duas décadas na América Latina, com projetos de integração docente-assistencial; com projetos de extensão universitária à comunidade; e com um amplo movimento latino-americano de desenvolvimento de sistemas locais de saúde, com raízes na Declaração de Alma Ata de 1978. Podem-se considerar os projetos UNI como uma evolução natural dos projetos IDA, incorporando a seu ideário aportes obtidos dos países das Américas através do Projeto EMA (CHAVES 1996).

O Programa UNI propôs como componentes fundamentais a Academia, o Serviço de Saúde e a Comunidade, num processo de parceria e de institucionalização das atividades desenvolvidas. O propósito do programa seria o desenvolvimento integrado de modelos inovadores na educação e atenção à saúde e o desenvolvimento de lideranças. Novos modelos de ensino-aprendizagem para a formação de melhores profissionais de saúde, novos modelos de sistemas locais de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada e novas lideranças que, com ênfase na ação comunitária, contribuam para desenvolver, institucionalizar e difundir os modelos (KISIL e CHAVES 1994).

O UNI poderia contribuir para a construção de um novo paradigma para a educação das profissões da saúde no século XXI. Sem ser um

rompimento com o passado, ele introduz dimensões que faltavam, e procura fazer correções nos desvios exagerados do pêndulo, oscilando entre tecnologia e humanismo (CHAVES 1996).

CHAVES e KISIL (1999) apontam a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, em 1991, como fator de influência e de interesse na educação médica no Brasil.

A CINAEM teve seu início agrupando entidades ligadas ao ensino médico e a prática médica como resposta à proposta de instituir um “exame de ordem” (tal como ocorreu em relação aos cursos de Direito) para a categoria médica. Assim, o primeiro trabalho foi a elaboração de um diagnóstico acerca da situação das escolas médicas. Iniciou-se aí um processo de avaliação do ensino médico, que segundo FEUERWERKER (1998) além de confirmar a evidência de que era insatisfatória a situação das escolas, permitiu selecionar três variáveis que deveriam ser estudadas nas etapas seguintes do projeto CINAEM: recursos humanos, modelo pedagógico e médico formado.

Por um outro lado, a REDE UNIDA, que reúne pessoas, instituições e projetos interessados na mudança da formação de profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde eqüitativo e eficaz com participação social, tais como os projetos IDA e UNI, tem também efetivamente contribuído para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. A REDE, com a participação de seus membros, elaborou um documento contribuindo para as diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde no século XXI, em resposta a uma solicitação da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério de Educação e Desportos (MEC).

Essa contribuição tem sido possível pela experiência acumulada no trabalho em rede iniciado pelos projetos IDA. Essa experiência está relacionada à transformação dos modelos acadêmicos em estreita articulação com a construção de novos modelos de atenção à saúde e com o desenvolvimento comunitário (REDE UNIDA 1998).

1.3 A construção da Interação academia, comunidade e serviço de saúde

Várias experiências de interação da universidade com os serviços de saúde foram desenvolvidas no âmbito da formação de recursos humanos para a saúde e revelaram como uma de suas fragilidades a falta da participação da comunidade. Muitas vezes essa foi tratada como receptora passiva dos serviços de saúde e não como um agente ativo dos processos de ensino e de assistência. Também em muitas dessas experiências, havia uma ausência de conteúdos relativos à organização de sistemas de saúde e de processos de ensino-aprendizagem baseados na comunidade, orientados à solução de problemas prioritários de saúde.

Na tentativa de maior articulação no setor saúde entre as instituições educacionais, com o serviço de saúde e a incorporação da comunidade, numa estrutura tripartite, iniciou-se, em 1990, o Programa UNI “Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde: União com a comunidade”, como uma proposta da Fundação W. K. Kellogg - FWKK.

Num processo bastante amplo de comunicação e divulgação do programa e dos critérios de seleção e de apoio, a FWKK, em 1991, enviou 800 cartas-convite para Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Odontologia, às Escolas de Saúde Pública e Administração de Saúde da América Latina. Após análise por um comitê, das 155 cartas de intenção recebidas de todos os países onde o programa foi anunciado, 23 foram selecionadas para tomar parte do Programa UNI. Das 23 instituições selecionadas 15 iniciaram o projeto em 1992, e as outras 8 em 1994. A distribuição geográfica pode ser vista na figura 1 (KISIL 1996).

Figura 1: Distribuição geográfica dos projetos UNI na América Latina.

Fonte: Divulgação saúde debate - 1994.

Representantes das instituições ou consórcio de instituições selecionadas participaram ativamente de seminários e oficinas de trabalho programados pela FWKK. Segundo KISIL (1996), nessa fase os projetos puderam: a) identificar suas próprias necessidades e desenhar propostas viáveis e factíveis para seu enfrentamento; b) desenvolver suas potencialidades na formulação de propostas inovadoras para a formação de profissionais de saúde, e desenvolver modelos de serviços locais de saúde; c) desenvolver relações de trabalho com as comunidades participantes desde a fase de planejamento.

O programa UNI tem como premissa que, para que a formação de recursos humanos da área da saúde possa responder melhor às

necessidades da comunidade, é preciso que exista articulação entre os três componentes: universidade, serviço e comunidade. Para essa articulação é necessário um processo contínuo de compreensão e respeito nas relações humanas e institucionais de todos os envolvidos em cada projeto, instituindo-se uma parceria entre os componentes.

É necessário o desenvolvimento de lideranças que promovam a implementação e a institucionalização das mudanças e inovações promovidas pelos projetos, em cada uma das instituições envolvidas. Importante também o desenvolvimento da comunicação e de trabalho em rede entre os projetos e entre outras organizações, que possam servir de intercâmbio e disseminação de experiências. E ainda, o desenvolvimento de um processo de avaliação para acompanhar todo o desenvolvimento do projeto, para assim melhorar o processo de tomada de decisões, corrigir rumos e reprogramação e para a disseminação dos resultados (ALMEIDA 1997).

O programa UNI tem como objetivos o desenvolvimento de: a) modelos de prestação de serviço de saúde, com base nos sistemas locais de saúde, nos modelos de integração ensino-serviço, no trabalho em equipe multiprofissional e com enfoque familiar; b) modelos de ensino-aprendizagem; c) modelos de participação comunitária (KISIL e CHAVES 1994).

1.3.1 Conceituação dos projetos UNI

Cada projeto UNI se constitui de três componentes: a universidade, o serviço de saúde e a comunidade, cujas relações pré-existentes podem ser vistas na figura 2.

Figura 2: Componentes dos projetos UNI e as relações pré-existentes

Fonte: KISIL e CHAVES, 1994.

O projeto UNI é considerado muito mais do que a somatória dos três componentes e de suas relações dois a dois. Representa uma nova iniciativa agregando as experiências anteriores mas superando-as em algumas características e rompendo com outras, devendo representar um novo degrau no processo de desenvolvimento do setor saúde, da formação de recursos humanos para a saúde e na participação da comunidade (KISIL 1996).

A base conceitual do projeto UNI é muito ampla. Para facilitar a compreensão do ideário, os principais pontos foram descritos por componentes, segundo KISIL e CHAVES (1994).

Componente acadêmico

Nesse componente pressupõe-se que a educação dos profissionais de saúde deve ser orientada para os problemas de saúde da comunidade interdisciplinarmente, com base no trabalho em equipe multiprofissional e no processo de ensino-aprendizagem desenvolvido em serviço. As mudanças na educação, advindas dessa orientação, podem culminar numa grande reforma curricular ou em algumas alterações curriculares.

Segundo ALMEIDA (1997, p. 112) essas alterações dizem respeito às mudanças nos conteúdos temáticos “com seus enfoques - na

direcionalidade social, epidemiológica, familiar; à articulação entre os conteúdos dos ciclos básicos e clínicos; à incorporação de conteúdos específicos para os novos cenários de ensino-aprendizagem - comunidade e serviços de primeiro e segundos níveis de atenção à saúde-; e ao desenvolvimento de conteúdos comuns para os alunos de diferentes cursos”. Quanto às metodologias de ensino-aprendizagem, as mudanças podem ser através da “interdisciplinaridade, de práticas educativas multiprofissionais, da diversificação dos cenários de aprendizagem, da participação dos profissionais dos serviços, de atores comunitários e da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem”.

Os modelos de formação devem encontrar meios para a superação da independência no trabalho e da desarticulação existente entre o serviço de saúde e o processo de ensino-aprendizagem, entre esses e a comunidade, entre os cursos das profissões da saúde e as estruturas dos cursos. Pois essas desarticulações têm resultado na insatisfação da população e das organizações que recebem esses profissionais com formação inadequada (ROSA 1994).

Os cursos de graduação deveriam possibilitar o exercício profissional em todos os níveis do sistema de saúde - primário, secundário e terciário - com uma “definição clara do produto final dos cursos e das competências a serem buscadas” (FEUERWERKER 1998, p. 88).

Componente serviço

A proposta para o componente serviço é baseado na idéia dos Sistemas Locais de Saúde - SILOS. Estes como estratégia privilegiada para a integração da academia com os serviços de saúde e com a comunidade e como um processo de transformação dos sistemas de saúde, em um modelo inovador.

No documento base sobre o componente serviço LOUREIRO (1994) apresenta os seguintes aspectos conceituais sobre SILOS:

- processo de reconstrução e reorientação dos sistemas nacionais de saúde;

- espaço de integração do setor saúde ao processo de desenvolvimento local e regional;
- estratégia para a busca de maior cobertura, maior eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde;
- modelo de organização espacial e de hierarquização da complexidade de cuidados e serviços;
- metodologia aplicada para o planejamento local de saúde;
- política para permitir maior controle dos usuários sobre a prestação de serviços através de sua participação organizada;
- passo para a democratização dos serviços de saúde através da descentralização de poder, da desconcentração de recursos, e do desenvolvimento da capacidade de gestão em nível local;
- prática a ser desenvolvida na relação comunidade e pessoal prestador de serviços;
- cenário onde se expressa, em nível particular, uma série de conflitos de interesses de diferentes atores sociais.

O desenvolvimento de SILOS pressupõe a definição de uma área geográfica; população adscrita; rede física estruturada segundo grau de complexidade dos recursos e instalações; atendimento, pelo menos, no nível primário e secundário; participação organizada da comunidade; ações de saúde integrando os níveis de promoção, prevenção e recuperação da saúde (LOUREIRO 1994).

O projeto UNI deveria se constituir em um espaço de transformação das práticas de saúde e de mudanças nos perfis epidemiológicos da população da área de desenvolvimento do projeto. Para isso implica processos de distintas naturezas, como políticos, normativos, gerenciais, organizativos e operacionais.

Componente Comunidade

A comunidade tem dupla natureza no Projeto UNI, uma como destinatária e a outra como protagonista, ou seja, comunidade como objeto de transformação e estudos e a outra como agente transformador.

Como destinatária entende-se que a população compreendida no espaço selecionado para o Projeto é o objeto principal de transformação e estudo multinstitucional que, segundo IZQUIERDO (1994), implica, em última instância, que o êxito do Projeto deverá expressar a melhoria das condições objetivas e subjetivas das comunidades envolvidas.

A comunidade como protagonista diz respeito ao fortalecimento dela mesma, principalmente nas questões referentes à saúde. Trata-se do “desenvolvimento das faculdades próprias da comunidade para reivindicar, intervir e participar da gestão das instituições. Implica na identificação das organizações sociais existentes, o desenvolvimento de ações de capacitação nas práticas de auto-cuidado e a geração de espaços e formas de participação nas estruturas institucionais” (ALMEIDA 1997, p.114).

A estratégia para o componente comunidade nos serviços de saúde é a criação de modelos de participação comunitária, nos SILOS, através dos conselhos de saúde. Trata-se de estratégia ambiciosa de mudança, inclusive de poder no setor saúde, de descentralizar os serviços e os aproximar das necessidades e preocupações da comunidade (IZQUIERDO 1994).

A formação profissional em saúde é quase que exclusivamente voltada para a assistência individual e não para a coletividade, com enfoque na doença e não na saúde, desenvolvida em hospitais, freqüentemente à margem das necessidades e dos problemas da população. As implicações do componente comunidade na operacionalização dos modelos de ensino-aprendizagem segundo IZQUIERDO (1994) reportam-se a:

- reexame da estrutura curricular identificando possíveis soluções para os problemas prioritários da comunidade, eixo integrador do processo de ensino-aprendizagem;

- destinar para as atividades curriculares relacionadas com o trabalho comunitário cargas horárias próximas às destinadas as áreas clínicas;
- acrescentar às áreas clínicas cargas horárias para atividades em locais comunitários, com base em critérios de prioridades e de risco;
- destinar carga horária adicional para o trabalho comunitário, que garanta presença importante da instituição como um todo, o que é indispensável para se comprometer na dinâmica da vida comunitária e contribuir para seu desenvolvimento.

1.3.1 Alguns avanços do Programa UNI

Muitos dos projetos locais tiveram avanços significativos nos três componentes que compõem o UNI, com propostas e modelos inovadores na educação dos profissionais de saúde, verificando-se um enfoque maior na vigilância à saúde da população e espaços de participação popular mais democráticos nos serviços de saúde.

Para BLEJMAR e ALMEIDA (1999) um dos aspectos mais positivos do UNI foi a possibilidade de “constituir novos sujeitos sociais mais fortalecidos e articulados ... o aumento das suas capacidades de compreensão política, de articulação com outros segmentos, de intervenção nos processos sociais reais e, a partir daí, de acumulação de forças em torno de propostas de transformação vêm sendo fundamental” (p. 41). Isto foi propiciado pela parceria, que acumulou recursos de poder para o enfrentamento do modelo hegemônico da formação dos profissionais de saúde.

Segundo TANCREDI (1999) em melhores condições estão os projetos que conseguiram institucionalizar as inovações, e talvez a mais importante delas seja a prática da parceria.

Alguns pontos de desenvolvimento dos projetos foram importantes para o êxito do programa UNI, entendidos por TANCREDI (1999) como:

“Margem à criatividade, deixando a cada projeto os graus de liberdade necessários para construir o seu próprio processo; o outro foi o requisito da existência de comissões tripartites paritárias nos diversos níveis do projeto - político, técnico-executivo e operacional - e o próprio reconhecimento de que a universidade, os serviços de saúde e a comunidade eram sócios no projeto, criou um ambiente que, forçada ou espontaneamente, apontava para a parceria desejada” (p. xiv).

Este autor ainda coloca que a forma como a Fundação tratou os projetos, como pertencentes a um conjunto e estabelecendo uma rede de parceria com outras organizações e o programa de apoio, foi crucial para o desenvolvimento dos projetos.

MACEDO (1999) ressalta que o Programa UNI, mesmo atuando em diferentes países com modelos de reforma de saúde orientados pelo discurso único do economicismo hegemônico, manteve seu ideário quase imune aos fetiches da moda.

Num trabalho de avaliação preliminar das dimensões estratégicas do Programa UNI, DUSSAULT (1999) afirma que este programa conseguiu promover mudanças muito significativas na maneira como os serviços são prestados e utilizados. Ele aponta alguns resultados positivos que foram alcançados, como:

- a modificação da representação de saúde e seus determinantes pela comunidade;
- como consequência desta representação os serviços, de saúde levam em conta as necessidades que precisam de ações intersetoriais;
- o processo de identificação das necessidades está embasado nos perfis epidemiológicos;
- os serviços não se limitam a trabalhar só com demandas espontâneas mas também com programas de atenção à saúde;
- a introdução da abordagem familiar nos serviços;

- uma maior integração entre o hospital e os serviços de nível primário;
- modificação no modo de trabalho dos profissionais de saúde;

Outros resultados agora referentes à comunidade são: a comunidade associada ao processo de tomada de decisões nos serviços; e indícios de um alto nível de satisfação dos usuários. Quanto a formação dos profissionais de saúde, as mudanças foram visíveis, tais como: exposição maior e mais precoce ao campo de trabalho, enfoque epidemiológico, práticas de prevenção e promoção de saúde, processo de ensino-aprendizagem baseado em problemas.

“Todos esses resultados são muito positivos e indicam que a idéia de promover um ajuste melhor entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade é enriquecedora” (DUSSAULT 1999, p. 117).

Uma outra contribuição de análise dos processos desencadeado por meio dos projetos UNI foi realizada por FEUERWERKER e SENA (1999), que apontam uma importante visão da experiência prática dos projetos, seus resultados, problemas, limitações e potencialidades. Dessas análises realçaremos, para o contexto desta tese, as referentes : a transformação do processo de formação profissional, a transformação da atenção à saúde, a construção da cidadania e as organizações comunitárias

Para construção de um novo modelo pedagógico, no processo de formação profissional, foram utilizadas em cada projeto diferentes estratégias, tanto nos aspectos conceituais, como metodológicos. Com certeza devido aos diferentes contextos e momentos que cada instituição vivia. “Um aspecto comum em todos os projetos foi o reconhecimento de que as transformações deveriam ocorrer no cotidiano da prática pedagógica” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.58).

O que ocorreu no interior dos projetos foi um investimento grande no corpo docente, para criar acúmulo suficiente para as transformações desejadas em cada instituição. Houve também a incorporação de tecnologia como meio de favorecer as mudanças pedagógicas.

Outras mudanças/avanços no processo de formação, apontadas por essas autoras, que ocorreram em alguns dos projetos, foram:

- que o processo de formação dos profissionais ultrapassou os muros da universidade e adquiriu novas dimensões, e passou a considerar as diferentes realidades nas quais se produz e reproduz o processo saúde-doença;
- a diversificação dos atores sociais responsáveis pela ação pedagógica que, em consequência, adquiriu maior amplitude conceitual e metodológica e os atores passaram a interagir em um espaço plural de interesses, pontencialidades e capacidades;
- no campo das prática pedagógicas, as novas interações ampliaram os espaços de ação dos docentes e dos estudantes em realidades concretas;
- a parceria passou a exigir um respeito mútuo das diferenças e a construção de uma agenda comum em todos os terrenos, o que facilitou a mudança do processo ensino-aprendizagem;
- a construção dos novos espaços de ensino-aprendizagem se deu através da incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços, sem descaracterizar o espaço e a natureza do serviço;
- as práticas educacionais, em muitos casos, foram construídas a partir de problemas e necessidades identificadas pelos três parceiros, com progressivo compromisso de continuidade das ações instituídas, com as demandas geradas e com os resultados e impactos obtidos;
- o estabelecimento de processo de negociação, avaliação e reconstrução permanente com participação efetiva dos diversos atores;
- a incorporação de metodologias sustentadas na concepção pedagógica crítica-reflexiva, especialmente a problematização, e a incorporação de um outro grupo de tecnologias como as metodologias de ensino-aprendizagem baseado em problemas;

“As mudanças ocorreram no UNI como resultado do sinergismo de muitas ações realizadas simultaneamente, por muitos atores e com diferentes intencionalidades. O componente acadêmico transformou-se em um espaço privilegiado para a proposição de mudanças, discutidas e

consensuadas entre sujeitos dos três componentes” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.61)

Para mostrar as transformações da atenção à saúde promovidas pelo UNI, as autoras, enfocaram a organização dos serviços, as práticas sanitárias e o controle social dentro do contexto do setor saúde na América Latina.

Em praticamente todos os projetos existiu um movimento de “reorganização e fortalecimento dos sistemas locais, a implantação de um modelo gerencial que favoreceu a descentralização e a incorporação tecnológica em vários níveis, a informatização das unidades de saúde, a criação de sistemas de informação e de tecnologias de processo” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.66).

Nos países que tiveram um movimento de descentralização mais intenso e voltado para a municipalização, houve um investimento na capacitação gerencial com o objetivo de instrumentalizar o nível local. “Nestes países, buscou-se encarar a gerência como instrumento para facilitar o estabelecimento de novos vínculos entre profissionais de saúde e seu objeto de trabalho” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.67). Nos outros países o grau de descentralização foi limitado não permitindo romper com os modelos gerenciais mais centralizadores.

Quanto às práticas sanitárias houve um fortalecimento das atividades de promoção e prevenção que passaram a ser realizadas na ótica interinstitucional e intersetorial, com participação ativa da população, com casos de incorporação de novos temas/objetos de trabalho que levaram à introdução de novas modalidades de assistência. O enfoque de saúde da família foi um deles, mas apenas alguns projetos utilizaram-no como uma estratégia para transformar o modelo de atenção.

Na esfera do controle social, em todos os projetos ocorreu uma ampliação efetiva da organização e da participação da população em saúde; houve um investimento importante na criação e fortalecimento dos conselhos locais de saúde.

“O fato de trabalhar com problemas prioritários, identificados com a participação da população, as novas relações criadas e incorporadas ao cotidiano do trabalho em saúde e as novas práticas contribuíram para começar a superar a fragmentação do conhecimento e favoreceram uma, ainda incipiente, abordagem interdisciplinar” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.70).

Quanto à construção da cidadania “em todos os projetos houve uma significativa democratização nas relações entre universidade, serviços e comunidade ...muitos dos processos relacionados com a saúde, contam com a participação efetiva da população, desde o planejamento até a avaliação” (FEUERWERKER e SENA 1999, p.74).

A organização da comunidade e o desenvolvimento de lideranças foram fortalecidos pelos projetos, com ampliação do número de pessoas que ativamente participavam da vida social e política, e houve também uma melhor qualidade da participação. Segundo essas autoras, tudo isso ocorreu devido a possibilidade de construir novos espaços de poder.

1.4 O Projeto UNI Marília

O Projeto UNI Marília tem como parceiros no componente academia a Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; no componente comunidade o Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais de Saúde e associações de moradores de bairros; no componente serviço, como ator principal, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília - SMHSM e a Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Desde o início do Projeto UNI Marília foi criado o conselho gestor com representantes dos três componentes. Este se constitui numa instância máxima de deliberação, de formulação e de condução política do Projeto. O conselho gestor manteve o exercício de parceria entre os sócios no mais profundo grau de desenvolvimento, respeitando as particularidades e especificidades das instituições envolvidas, porém, articulando e viabilizando a integração possível e desejável (FAMEMA 1996).

1.4.1 A FAMEMA e os currículos dos cursos de medicina e de enfermagem

A Faculdade de Medicina de Marília foi criada pela Lei Estadual número 9236, de 19 de janeiro de 1966, como instituto isolado de ensino superior, com o curso de medicina. Seu funcionamento foi autorizado em 30 de janeiro de 1967, como instituição pública municipal, depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora - Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília - FMESM, criada pela Lei Municipal número 1371, de 22 de dezembro de 1966.

O curso de enfermagem foi criado e teve seu funcionamento iniciado em 1981, sendo autorizado e implementado pelo Decreto Federal número 85.547/81, e reconhecido pela portaria MEC 365/89.

Em 1994, a FAMEMA foi estadualizada e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual número 8898 de 27 de setembro de 1994, criou a autarquia Faculdade de Medicina de Marília.

Segundo PADILHA (1996), a FAMEMA surgiu no momento de expansão do ensino superior no país, com ênfase na privatização e adotando modelo fundacional. Este modelo foi encontrado pelo Estado para desobrigar o poder público de arcar com os custos do ensino superior, facilitando a evolução do processo de expansão do ensino. A estrutura pedagógica da FAMEMA seguia as escolas médicas mais tradicionais do Estado. A partir daí a FAMEMA começou todo um processo para sua legitimação enquanto instituição de ensino e de prestação de serviços de saúde.

A história da FAMEMA é marcada por várias crises de caráter político, financeiro, administrativo e educacional. Em 1983, para enfrentar uma das crises, foi constituída uma nova diretoria da FMESM composta por professores da FAMEMA que, juntamente com toda a comunidade acadêmica, passou a se responsabilizar pela Instituição. Ao assumirem a direção da Fundação os docentes propuseram a mudança do seu estatuto e passaram a adotar uma política institucional com valorização da assistência à saúde; e implementaram o Programa de Integração Docente - Assistencial - PIDA, que tinha como uma de suas ações a montagem do sistema de referência e contra - referência do município (CHIRELLI 1995).

A FAMEMA acumula uma história de trabalho conjunto com os serviços de saúde no município, porém as aproximações acabavam ocorrendo sempre na ótica particular da faculdade ou do serviço de saúde, levando a que o objeto de suas ações - a comunidade - não se beneficiasse tanto das iniciativas desse trabalho.

Nesse período, o processo de redemocratização do país e de conquista da cidadania e o desenho de mudanças para o sistema de saúde a partir do movimento da reforma sanitária constituíram-se em cenário propício também para a discussão da questão da formação de recursos humanos em saúde. Concretizam-se ainda, movimentos internacionais no sentido de orientar mudanças na formação dos profissionais de saúde, conforme citados anteriormente.

Na FAMEMA, despertou-se a necessidade de superar o modelo de formação de profissionais, explicitada na insatisfação docente e discente com a qualidade do profissional formado, nos entraves da construção do Sistema Único de Saúde, inclusive nas dificuldades de melhoria da participação da comunidade e no controle social (FAMEMA 1992).

O Programa UNI veio ao encontro desses anseios e demandas e pôde estimular técnica e financeiramente o desenvolvimento de novos modelos - de formação de profissionais de saúde, de atenção integral à saúde, e de participação popular - apontando diretrizes para as inovações. Este movimento exigiu da FAMEMA, da SMHSM e dos representantes da Comunidade no UNI-Marília, o início de um processo de parceria para o desenvolvimento e implementação desse movimento inovador.

A educação tem sido uma grande alavanca para as mudanças e desenvolvimento contínuo, tanto das pessoas como das sociedades. A FAMEMA tem contribuído participando ampla e profundamente das discussões sobre educação médica e de enfermagem e implementado novos currículos.

Em consonância com os movimentos para melhoria da educação médica e de enfermagem coloca-se como uma Instituição voltada para adequação do perfil e papel dos profissionais de saúde às necessidades da população. Neste sentido, a FAMEMA, como parte de sua missão, desenvolve um expressivo trabalho tanto com o Município, como parceira na formulação de políticas de saúde e como prestadora de serviços de saúde, quanto na sociedade, como formadora de recursos humanos (KOMATSU et al1999c).

As mudanças da concepção curricular, da concepção pedagógica e da metodologia do processo de ensino-aprendizagem dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA estão orientadas por seu projeto político-pedagógico, que por sua vez orienta o cumprimento da missão Institucional.

O projeto educacional na FAMEMA encontra-se em consonância com os quatro pilares da educação propostos no Relatório para UNESCO da

Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, de 1996, vistos como fundamentais para a construção de um novo paradigma que valorize a vida e as pessoas (DELORS 2000).

Nessa proposta a educação deve organiza-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento (DELORS 2000):

“Aprender a conhecer, levando em conta as rápidas alterações provocadas pelo progresso científico e as novas formas de atividade econômica e social, há que conciliar uma cultura geral suficientemente vasta, com a possibilidade de dominar, profundamente, um reduzido número de assuntos. Esta cultura geral constitui, de certa maneira, o passaporte para uma educação permanente, na medida em que fornece o gosto e as bases para a aprendizagem ao longo de toda a vida” (p. 20). O que significa aprender a aprender.

“Aprender a fazer, a fim de adquirir, não somente uma qualificação profissional mas, de uma maneira mais ampla, competências que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe” (p.101). Estas competências e qualificações tornam-se mais acessíveis se o estudante tiver possibilidade de praticá-las e enriquece-las, com diferentes formas de alternar trabalho e aprendizagem.

“Aprender a ser, para melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com cada vez maior capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal. Para isso, não negligenciar na educação nenhuma das potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se” (p.102).

“Aprender a viver juntos, desenvolvendo o conhecimento acerca dos outros , da história, tradições e espiritualidade. E a partir daí, criar um espírito novo que, graças precisamente a esta percepção das nossas crescentes interdependências, graças a uma análise partilhada dos riscos e dos desafios do futuro, conduza à realização de projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos” (p.19).

As experiências promovidas desde o início do Projeto UNI - Marília, em 1992, permitiram um acúmulo de novos saberes construídos segundo os diferentes enfoques trazidos pelos parceiros sob as diretrizes do ideário UNI. Esse acúmulo, articulado com as repercussões de diversos movimentos mundiais que propunham alternativas para a educação de profissionais de saúde, somados a uma reflexão institucional sobre a missão da FAMEMA, tem sido possível implementar no componente acadêmico, um projeto educacional denominado FAMEMA 2000 (FAMEMA 1998a).

As mudanças curriculares dos cursos de medicina e enfermagem abrangem referenciais filosóficos, psicológico, sócio-cultural e metodológico. De acordo com as propostas de mudanças, a relevância de um programa de ensino-aprendizagem encontra-se na adequação da prática profissional às necessidades dos pacientes, seus familiares e da comunidade. Os problemas existentes nestes diferentes contextos devem orientar os objetivos e conteúdos do programa, assim como as propostas de intervenção devem ser construídas em parceria com os serviços de saúde e a comunidade (FAMEMA 1998b).

A metodologia de ensino-aprendizagem adotada no curso médico foi a aprendizagem baseada em problemas – ABP e, segundo KOMATSU (1999) a utilização dessa metodologia tem se mostrado também uma estratégia potencial para a transformação curricular; e no curso de enfermagem a metodologia da problematização.

O curso de medicina da FAMEMA

O currículo do curso médico objetiva desenvolver o profissionalismo pautado pela ética, responsabilidade social, qualidades humanísticas e excelência para o manejo do cuidado à saúde das pessoas, seus familiares e da comunidade. Para tanto o currículo é orientado à comunidade, centrado no estudante e na aprendizagem baseada em problemas (KOMATSU et al. 1999a).

O propósito do curso é a formação de profissionais capazes de: desenvolver elevados padrões de excelência no exercício da medicina, na geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas (KOMATSU et al. 1999 c).

Em 1997, iniciou - se a 1ª série desse novo currículo integrado que deverá progressivamente ser implementado até o ano 2000, completando a 4ª série. A 5ª e 6ª séries permanecem no modelo de internato incorporando o processo de ensino - aprendizagem ativo e a orientação à comunidade.

A organização curricular compreende unidades educacionais interdisciplinares predominantemente baseadas em sistemas nas duas primeiras séries , seguidas por unidades baseadas em ciclos de vida e apresentações clínicas, respectivamente, na terceira e quarta séries e internato na quinta e sexta séries (quadro 1).

As unidades educacionais constituem um núcleo fundamental do currículo que buscam integrar diversas disciplinas e articular os aspectos das dimensões psicológica, social e biológica envolvidos em uma determinada situação ou problema de saúde. Para cada unidade educacional foram definidos, pelos docentes responsáveis, os objetivos de aprendizagem, os conteúdos, os problemas e recursos educacionais que possibilitam trabalhar os problemas ou situações de saúde em pequenos grupos de tutoria ou da Interação Comunitária. Todas as unidades são avaliadas, e podem sofrer alterações de acordo com o produto dessa avaliação, para as unidades subsequentes do programa e para o ano seguinte.

Os problemas, com base nos perfis demográfico e epidemiológico, são elaborados em função das unidades educacionais, e devem antecipar os problemas cotidianos da prática profissional, devendo traduzir uma situação desafiadora de aprendizagem, um obstáculo a ser superado.

Quadro 1 - Unidades educacionais do curso médico, FAMEMA, Marília, 2000*.

1ª Série						
Introdução ao Estudo da Medicina		Ataque e Defesa	Implicações do Cresc. Celular e Diferenciação	Pele e Tecidos Moles	Locomoção	Sistema Nervoso
Interação Comunitária - IC1						
Habilidades Profissionais - HP1						
2ª Série						
Sistema Cardio-Vascular	Sistema Respiratório	Sistema Urinário	Sistema Digestório	Sistema Hemato-lógico	Sistema Endocrino-Lógico	Eletivo
Interação Comunitária - IC2						
Habilidades Profissionais - HP2						
3ª Série						
Mente e Cérebro	Prática Baseada em Evidência	Reprodução e Sexualidade	Eletivo	Nascimento, Crescimento e Desenv.	Envelheci-Mento	Introdução às Apresentações Clínicas
Interação Comunitária - IC3						
Habilidades Profissionais - HP3						
4ª Série						
Eletivo	Apres. Clínicas 1	Apres. Clínicas 2	Apres. Clínicas 3	Apres. Clínicas 4	Apres. Clínicas 5	Apres. Clínicas 6
	Interação Comunitária - IC4					
	Habilidades Profissionais – HP4					
5ª Série						
Saúde do Adulto I			Saúde Materno-Infantil I			Eletivo
6ª Série						
Saúde do Adulto II		Saúde Materno Infantil II		Emergência e Trauma		Eletivo

* Implementado da 1ª à 4ª séries.

As atividades programáticas semanais do curso compreendem as sessões de tutoria, laboratórios de aprendizagem, Interação Comunitária, habilidades profissionais e conferências, simpósios ou oficinas de trabalho.

Os problemas, que constituem as unidades educacionais, são explorados em sessões de tutorias por um grupo de 8 estudantes sob orientação de um tutor. Nessas sessões os estudantes trabalham no desenvolvimento das habilidades de raciocinar, formular hipóteses, buscar e analisar criticamente as informações através do processamento dos problemas integrando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. São também estimulados a desenvolverem habilidades de comunicação e avaliação (FAMEMA 1998b).

Cada série conta com uma coordenação específica e assessoria pedagógica e educacional para a elaboração e aperfeiçoamento das unidades educacionais. O internato médico, composto pelas 5ª e 6ª séries, também tem uma nova coordenação, cujo principal propósito é reestruturar os estágios, segundo os eixos norteadores do novo currículo, visando melhorar o processo de ensino-aprendizagem, a qualidade da atenção à saúde e a articulação e integração de todas as séries (FAMEMA 1999a).

O planejamento curricular é coordenado pelo grupo gestor do curso médico que agrega os diretores geral e de graduação, o coordenador de curso, todas as coordenações de séries e internato, responsáveis pelas unidades educacionais longitudinais e coordenação do núcleo de avaliação e da capacitação de tutores (FAMEMA 1999a).

Curso de enfermagem da FAMEMA

O processo de construção do currículo começou em 1993, impulsionado pelas atividades que refletiam o ideário UNI. Em 1995, algumas disciplinas do curso adotaram a metodologia problematizadora como experiência e progressivamente os docentes avançaram na construção do currículo utilizando essa metodologia. No ano de 1998, iniciou-se a implementação do novo currículo integrado e problematizado.

O currículo do curso de enfermagem é entendido como a totalidade das situações de ensino - aprendizagem, planejadas intencionalmente pelo coletivo da escola e que possa proporcionar experiências direcionadas para o alcance dos objetivos educacionais da mesma (KOMATSU et al. 1999 c).

O ponto de partida para a construção curricular foi a determinação do perfil do enfermeiro que se busca formar, levando em consideração as seguintes competências: trabalhar em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar; prestar cuidados de enfermagem; ter visão crítica da estrutura social; pautar suas ações pela ética profissional; gerenciar a assistência de enfermagem e os serviços de saúde; buscar sua constante capacitação e atualização; ser capaz de realizar pesquisas (CHIRELLI et al. 1999).

A construção do currículo teve os seguintes princípios: a elaboração do conhecimento ocorre pela integração dos conteúdos e das várias áreas de conhecimento, através da interdisciplinaridade; o processo ensino - aprendizagem realiza-se através da observação da realidade, reflexão e ação, utilizando a metodologia problematizadora de ensino, tendo destaque a relação ensino - serviço, ou seja, aprender fazendo; a aprendizagem ocorre, também, através do trabalho em grupo/equipe multiprofissional (CHIRELLI et al. 1999).

O processo de construção das unidades educacionais caracterizou-se como um trabalho coletivo que busca integrar conteúdos e áreas de conhecimentos. Baseia-se na articulação entre os propósitos, objetivos e desempenhos propostos pela unidade educacional. Para efetivação dessas categorias, para cada unidade educacional elege-se um conceito chave, o qual se constitui no eixo norteador da seqüência de atividades que irão compor as unidades. As seqüências de atividades são construídas de forma a definir claramente as ações do estudante e do professor, assim como atividades de concentração e dispersão, numa busca constante da identificação e problematização da realidade (FAMEMA 1998b).

A estrutura curricular é composta por unidades educacionais que integram conteúdos e áreas de conhecimento das 4 séries que compõem o

curso (figura 4). Cada unidade educacional tem propósitos, objetivos e desempenhos que o estudante deve alcançar.

Quadro 2: Unidades educacionais do curso de enfermagem, FAMEMA, Marília, 2000.

1ª Série					
Saúde e Sociedade	Trabalho Em Saúde	Realidade e Saúde		Produção Social em Saúde	Urgência e Emerg. Pré-hosp.
Interação Comunitária – IC1					
2ª Série					
Avaliação do estado de saúde		Saúde Da Criança	Saúde do Adolesc.	Saúde do Adulto	Saúde da Mulher do Idoso
Interação Comunitária - IC2					
3ª Série					
Org. e proc. do trab. Hosp.	Cuidado ao Adulto Hospitalizado		Urgência e Emergência Intra-hospitalar	Cuidado à mulher hospitalizada	Cuidado à Criança / adolescente hospitalizada
Interação Comunitária - IC3					
4ª Série					
Estágio supervisionado em serviços não-hospitalares			Estágio supervisionado em serviços hospitalares		
Interação Comunitária - IC4					

* Implementado da 1ª à 3ª séries.

Os estudantes realizam as seqüências de atividades teórico-práticas em um grande grupo e/ou em pequenos grupos de 10 estudantes, orientados e/ou acompanhados pelo professor. As atividades semanais são divididas em: atividades ligadas às unidades educacionais desenvolvidas durante sete períodos da semana, estando incluídos os períodos de estudo

e discussão em grupo ou com todos os estudantes da turma; dois períodos livres; e um período para a unidade de Interação Comunitária (FAMEMA 1999b).

Os cenários de ensino - aprendizagem para as duas primeiras séries do curso de enfermagem são principalmente a UBS e o respectivo espaço geo-político-social. A inserção do estudante no espaço do hospital acontece a partir da terceira série.

Espera-se com esse currículo que o estudante seja construtor do seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação da sua prática. Sua participação no processo ensino-aprendizagem dar-se-á de modo ativo, crítico e criativo. O professor é orientador da seqüência de atividades, condutor do processo, provocador de dúvidas e autoridade competente na temática de ensino (FAMEMA 1998b).

1.4.2 A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília - SMHSM e a assistência à saúde

A SMHSM vem, progressivamente incrementando sua participação na produção e gestão dos serviços de saúde no município. Para tanto, tem buscado organizar e estruturar o sistema de saúde municipal de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

O processo de municipalização em Marília iniciou-se com a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS - em 1984, proporcionando expansão da rede de serviços de atenção primária de saúde. Segundo CHIRELLI (1995), naquele momento, não havia, por parte do poder público municipal, uma preocupação quanto à qualidade do atendimento, mas uma finalidade de ocupação de área física, inaugurando assim as Unidades Básicas de Saúde - UBS. Portanto, estava instalada a porta de entrada do sistema de saúde municipal, com o atendimento através das consultas médicas nas áreas de saúde da criança, do adulto, da mulher e serviço odontológico.

Com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS - em 1987, houve mudança no caminho da municipalização transformando-se o planejamento e o perfil de financiamento que passaram a ser por projetos, abandonando-se o pagamento por procedimentos. Assim em Marília foram construídas e reformadas as UBS, foram realizadas reformas nos serviços de saúde já existentes na área ambulatorial e hospitalar, além de serem capacitados recursos humanos, apontando para uma preocupação com a qualidade dos serviços de saúde (CHIRELLI 1995).

O convênio para a municipalização da saúde em Marília foi assinado em abril de 1988 (SÃO PAULO 1988), e assim foi elaborado um plano de operacionalização da municipalização dos serviços de saúde, com diagnóstico do perfil epidemiológico e dos serviços de saúde do município.

Em 1989, a SMHSM foi desmembrada da Secretaria do Bem Estar Social, com atribuições específicas em que o enfoque assistencial do município era para a atenção primária à saúde, através da expansão das UBS e readequação dos recursos já existentes, assumindo o município o papel de consolidar e qualificar os serviços oferecidos (CHIRELLI 1995).

A FAMEMA que, desde a década de 70, mantinha ligada à sua estrutura um centro de saúde escola e algumas UBS, com o processo de municipalização passou gradualmente para o município a gerência das UBS. Continuou apenas com a gerência do centro de saúde escola até 1994 quando também foi transferida para o município, como uma das propostas do Projeto UNI Marília.

A construção desse sistema de saúde tem sido implementada pela parceria da SMHSM, FAMEMA, Secretaria Estadual de Saúde e comunidade organizada. Essa parceria, com influência e apoio do Projeto UNI - Marília, tem avançado nas propostas técnico-políticas para o setor saúde no município, e tem-se diferenciado de outros municípios da região. O ideário do projeto UNI-Marília (FAMEMA 1992) propõe: para a SMHSM a adoção do modelo tecno - assistencial de Sistemas Locais de Saúde - SILOS; para a FAMEMA a proposta de formação de profissionais críticos e comprometidos com os problemas sociais e de saúde do país e do

município; e, para a comunidade, prevê o fortalecimento de suas lideranças para a efetiva participação popular nos problemas sociais e de saúde do município. Para a efetivação dessas propostas os três componentes - academia, serviço e comunidade - vêm desenvolvendo atividades de forma compartilhada.

Em 1994, o município de Marília de acordo com a Norma Operacional Básica - N.O.B. SUS 01/93, foi classificado como gestão parcial do sistema municipal de saúde.

A adoção desta forma de gestão implicou na gerência dos serviços de saúde de abrangência local, no controle das internações e dos procedimentos ambulatoriais realizados por estes serviços. Além disso, também assumiu as ações básicas e as de vigilância epidemiológica e sanitária. Nesta condição de gestão, o município não realizava a contratação e nem o pagamento direto aos prestadores de serviço e o Fundo Municipal de Saúde gerenciava somente os recursos destinados à manutenção dos serviços de saúde próprios (FAMEMA 1998b).

Segundo CHIRELLI (1995), com a adoção da gestão parcial o município revelou não querer assumir a responsabilidade da descentralização do poder administrativo-financeiro e de poder realizar o planejamento e gestão das ações de saúde do município.

A mudança do poder municipal, em 1997, e posse de um novo Secretário Municipal de Saúde, trouxe novas perspectivas para o sistema municipal de saúde, no sentido de consolidar o processo de municipalização e a implementação de um modelo de atenção integral à saúde da população, pois o novo Secretário apresentava uma grande experiência como gerente e gestor de serviços públicos de saúde e conhecimento prévio sobre as propostas do Projeto UNI - Marília.

O novo secretário de saúde apoiou e viabilizou a criação de bases territoriais de cada UBS e a implementação das diretrizes do modelo de atenção à saúde, concepção essa elaborada no plano de consolidação do Projeto UNI - Marília, para o período 1996-2000. Estas bases territoriais foram entendidas como o local privilegiado da tomada de decisões para a

implantação de ação, controle, execução do orçamento e avaliação dos resultados obtidos (FAMEMA 1998b).

No sentido de consolidar o sistema de saúde no âmbito do SUS, o município de Marília, em junho de 1998, habilitou-se, conforme a NOB-96, para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Todos os recursos do SUS - para a atenção básica, especializada e internações - passaram a ser transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Essa situação facilitou para a SMHSM, junto com o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos locais de saúde, a implantação do modelo de atenção integral à saúde da população.

O Conselho Municipal de Saúde de Marília - COMUS, como órgão colegiado máximo, exerce função de carácter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, que tem por objetivo o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal (FAMEMA 1999a).

Nesse sentido, o município, antes deslocado do poder de planejar e implementar propostas de saúde local, mantido apenas como executor de políticas e ações formuladas em nível federal, passa então a ter “autonomia” e “responsabilidades” relativas à política de saúde, conseqüentemente, relativas às ações de saúde a serem desenvolvidas na sua área geopolítica.

O serviço de saúde de Marília conta com uma rede pública de 17 unidades básicas de saúde - UBS, 7 unidades de saúde da família - USF, 1 ambulatório de especialidades e 6 hospitais conveniados ao SUS sendo que, destes, 2 são hospitais de ensino, o Hospital de Clínicas - unidades I e II - vinculados à FAMEMA.

O sistema municipal de saúde busca a atenção integral à saúde da população, com conseqüente melhoria do nível de saúde e, para tanto, oferece um sistema baseado em regiões de saúde, nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, na hierarquização dos serviços segundo sua complexidade e com universalidade de acesso (MARÍLIA 1997).

Rede básica de saúde

A rede básica de serviços de saúde está organizada em 3 coordenações de saúde - I e II - que agregam o conjunto das 17 UBS respeitando suas áreas de abrangência, e a III coordenação que agrega o conjunto das 7 USF (figura 3).

As UBS e as USF devem constituir-se definitivamente como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, pois são os núcleos do modelo de atenção à saúde que vem sendo implantado.

As UBS estão estruturadas em quatro áreas básicas: saúde da criança; saúde da mulher; saúde do adulto; saúde bucal. Devem realizar duas tarefas principais, organizadas de forma integrada: a) prover o atendimento ambulatorial básico a todas as faixas etárias, incluindo-se as ações programáticas e as intercorrências clínicas; b) desenvolver ações de saúde pública (FAMEMA/SMHS/ CONSAÚDE 1998).

A partir dos territórios e da população - alvo de cada UBS, fica claro que cada UBS deverá ser responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. Sob a responsabilidade das UBS estão as escolas, creches, asilos, ambientes de trabalho, entre outros, que estejam localizados na área de abrangência (FAMEMA/SMHS/CONSAÚDE 1998).

O problema que tem sido enfrentado para a construção da rede básica, no modelo proposto para as UBS, é a persistência da prática fundamentada na atenção médica individual e na modalidade de pronto - atendimento, que tem reforçado cada vez mais o papel dos hospitais e dos prontos-socorros.

A SMHSM vem empreendendo, prioritariamente, esforços no desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como

uma estratégia de implantação efetiva do SUS, por se constituir em um instrumento de mudança do modelo assistencial. Superando os problemas enfrentados pelas UBS, como os já citados acima, o programa está sendo implementado de forma focalizada, em áreas determinadas de expansão populacional e/ou em situação de risco.

A proposta de implantar as unidades de saúde da família em Marília é de “imprimir uma nova dinâmica de atuação das unidades de saúde - USF, desenvolvendo um modelo assistencial baseado na atenção básica à saúde, com enfoque na família, e de acordo com as diretrizes do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde” (FAMEMA 1999a, P.73).

Os objetivos descritos pela SMHSM para as USF, são:

- promover o conceito de saúde como direito de cidadania e como qualidade de vida;
- eleger a família como núcleo básico da assistência à saúde da população, com enfoque comunitário;
- identificar fatores de risco aos quais a população está exposta, desencadeando ações para prevenção dos agravos à saúde;
- prestar atenção integral à saúde, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades da população adscrita, seja no domicílio ou nas USF;
- atender a população adscrita, preferencialmente utilizando o agendamento, seguindo a normalização dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- buscar a humanização do atendimento, através do vínculo entre a equipe e a comunidade, proporcionando maior satisfação aos usuários;
- racionalizar o acesso ao fluxo interno do sistema local de saúde, da atenção primária até a de maior complexidade;
- garantir aos profissionais supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para aprimoramento;
- estimular a organização da comunidade para efeito do exercício do controle social;

- divulgar junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os determinantes dos agravos à saúde.

Em Marília, considera-se que seja possível a convivência das duas formas complementares de organização das práticas de saúde - atenção programática a partir da UBS e da USF (FAMEMA 1999a).

“A reorganização da rede de UBS e USF deve reverter a centralização do hospital e da atenção individual, permitindo um progresso gradativo de desospitalização, de esvaziamento de algumas funções do hospital e da procura irracional pelo atendimento nos prontos socorros, que devem e podem ser absorvidos pela rede básica, reservando o hospital para os casos graves, cuja complexidade ou situação de risco imediato assim exija” (FAMEMA/SMHS/CONSAÚDE 1998, p.4).

Todos os esforços serão necessários para contribuir com a reorganização da rede básica de saúde do município. A FAMEMA, através das unidades educacionais dos cursos de medicina e enfermagem, a comunidade através dos Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de saúde devem envolver-se de forma ativa, responsabilizando os setores organizados da comunidade e os representantes dos usuários. Ambas, FAMEMA e Comunidade deverão se envolver no processo de formulação de estratégias, acompanhamento da implementação e avaliação dos resultados obtidos na promoção da saúde da comunidade, a partir dos territórios, e ainda, a FAMEMA deverá participar da execução das ações planejadas, nas 10 UBS e nas 7 USF que mantêm parceria com a SMHSM através do Projeto UNI Marília.

Figura 3: Distribuição das UBS-USF nos territórios que compõem a rede básica das zonas urbana e rural do município, segundo regiões de saúde e modelo de atenção implementado. Marília, 2000

Fonte: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília

1.4.3 A comunidade e a participação no setor saúde

A participação comunitária no setor saúde tem sua história marcada com a Declaração de Alma Ata (1978), segundo a qual, “a saúde é um direito humano fundamental”, que exige, além do setor saúde, a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos. Declara - se, também, que “é direito e dever do povo participar individual e coletivamente na planificação e realização de seu atendimento de saúde e na obrigação dos governos de cuidar da saúde de seus povos” (BARBARAN DE LÓPEZ 1996).

No Brasil, a participação popular no setor saúde tem sua expressão maior com a criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde, nos diversos níveis, com a finalidade de colaborar no planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde, no movimento de implantação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde número 8142/90 (BRASIL 1990), nos parágrafos 1º e 2º diz o seguinte:

1º - “A Conferência da Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”.

2º - “O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

Tornando-se esses canais abertos, a sociedade poderá fornecer subsídios às autoridades e propor, bem como, reivindicar medidas específicas que são afetas à coletividade. Mais ainda, a participação da comunidade é reconhecida como elemento importante como eixo medular na construção dos sistemas locais de saúde.

Em Marília, o processo da municipalização veio acompanhado da criação do Conselho Municipal de Saúde - COMUS, que ocorreu em abril de 1990. Criado pela Lei Orgânica Municipal (MARÍLIA 1990a), regulamentado pela Lei Complementar (MARÍLIA 1990b), o conselho tinha como atribuições o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde. O conselho tem poderes deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo.

Com a Portaria 9577, de 14 de fevereiro de 1991, foi constituído o COMUS com composição paritária - 50% representantes do Estado, 50% representantes dos usuários.

De acordo com a análise realizada por CHIRELLI (1995) no COMUS, em 1995, a participação popular se dava através dos representantes de entidades sindicais, associações de moradores e profissionais do setor saúde. As decisões, nessa época, eram fundamentadas nas decisões técnico-científicas, sobrepondo-se às necessidades levantadas pela população. Assim, observa-se um poder técnico centrado no conhecimento científico, o qual não era de domínio dos representantes da população.

Ainda segundo esse mesmo autor, a participação popular continuava limitada às denúncias, não havendo naquele momento uma proposta formal de participação da população. A participação estava garantida, enquanto espaço para denúncias, mas ainda precisaria ocorrer a democratização da informação entre os membros do conselho para a tomada de decisão de forma compartilhada. Portanto, a participação popular era frágil, não havendo transparência e democratização na gestão dos serviços.

O COMUS, por muito tempo, acabou sendo um órgão burocrático, pois o poder administrativo - financeiro estava centralizado no Prefeito.

Assim, ficava difícil dentro da própria instância municipal, garantir a gestão dos serviços básicos de saúde (CHIRELLI 1995).

Com a mudança da habilitação da gestão municipal de saúde, de parcial para plena do sistema, ocorrida em junho de 1998, esperava - se uma mudança no COMUS, no sentido de que assumisse o papel de gestor do sistema de saúde do município. Da mesma maneira, esperava - se que a participação da comunidade passasse de uma postura somente reivindicatória para uma com perspectiva de um controle social sobre o sistema municipal de saúde. Para fortalecimento desta perspectiva, ações tem sido implementadas em direção à maior capacitação dos conselheiros, com apoio do Projeto UNI - Marília.

A proposta de participação da comunidade deve se estender para os sistemas locais de saúde, considerando-se que, nesse espaço, soma - se o processo de promoção da saúde como elemento chave para a transformação das relações sociais e de poder. Segundo BARBARAN DE LÓPEZ (1996), a viabilidade desse processo depende em grande medida da capacidade dos grupos e instituições líderes de criar espaços de negociação e articulação de interesses.

Com o processo de territorialização ocorrido em Marília desde 1994, a definição das áreas de abrangências das UBS vem possibilitando a ampliação da participação da comunidade no setor saúde em nível local. Uma das estratégias do Projeto UNI para criar espaços de participação popular foi a implantação dos conselhos locais de saúde em cada UBS. Essa estratégia fez parte das recomendações da 2ª Conferência Municipal de Saúde, em 1992 (FRACOLLI e SILVA 1995).

No período de 1994 a 1996 foram criados os conselhos locais de saúde em todas as UBS da zona urbana. A formação de cada conselho local passou por um processo de 3 etapas, denominadas de preparação, de constituição e de capacitação.

A etapa de preparação foi um processo de busca e identificação de lideranças formais e informais da comunidade, na área de abrangência, e dos profissionais atuantes na UBS; em seguida a constituição do conselho,

com eleição dos membros; e a 3ª etapa, a de capacitação para conselheiros e suplentes, por meio de um curso (FRACOLLI e SILVA 1995).

Mesmo com essas etapas, a formação dos conselhos aparece mais como uma iniciativa do serviço de saúde do que, propriamente dita, do movimento popular. Isso tem reflexos bastante importantes na concretização da participação da comunidade nos conselhos locais de saúde. Isto é, nas avaliações internas do projeto UNI - Marília tem sido verificado que o nível de participação da comunidade nos conselhos locais é de caráter apenas reivindicatório (FAMEMA 1995,1996,1998).

Nesse sentido, na gestão dos serviços locais de saúde têm surgido dificuldades quanto à participação comunitária. Nas avaliações do Projeto UNI Marília, aparece um cenário de conflito existente na maioria da UBS. Os gerentes de algumas UBS ainda não estão suficientemente preparados para assumir suas novas funções e suportar as novas pressões, e a não clareza dos mecanismos e possibilidades reais para canalizar as queixas e demandas não permite melhorar a gestão dos serviços (FAMEMA 1996).

Outra dificuldade encontrada é a falta de articulação entre o COMUS e os conselhos locais. Algumas estratégias têm sido implementadas no sentido de melhorar essa articulação, como a participação dos representantes dos conselhos locais no processo de indicação dos membros do COMUS, e a realização de cursos de formação de conselheiros municipais (FAMEMA 1996).

Segundo BARBARAN DE LÓPEZ (1996), que avaliou a participação da comunidade no contexto do projeto UNI - Marília, apresenta:

“Os conselhos locais de saúde promovidos pelo UNI - Marília devido ao seu potencial para a democratização na tomada de decisões, podem ser estruturas organizacionais pelas quais podem-se conseguir os objetivos de participação da comunidade através do *empowerment*, isto é, o fortalecimento das capacidades das pessoas e organizações representativas da comunidade, direcionado para um melhor desempenho

das pessoas e grupos como cidadãos, facilitando a apropriação de responsabilidades, reclamações e demandas, assim como a melhor capacidade para intervir no processo de tomada de decisões e gestão dos sistemas locais de saúde” (p.114).

Em uma análise mais recente realizada pelo Projeto UNI, sobre os conselhos locais foram relatados pelos conselheiros os pontos fortes e fracos dos conselhos. Entre os pontos fortes foram apontados: o conselho local é reconhecido como autoridade e como um facilitador para obter informações; e como espaço de interação entre comunidade e serviço de saúde. Quanto aos pontos fracos foram apontados: a baixa representatividade da população; pouca participação dos representantes tanto do serviço como da comunidade e a falta de interesse da comunidade (FAMEMA 1999).

A Conferência Municipal de Saúde tem-se mostrado como outra estratégia bastante importante na democratização da saúde e no movimento de participação popular. Desde o início do processo de municipalização, foram realizadas quatro Conferências Municipais em Marília, nos anos de 1990, 1992, 1995 e 1998. E, pelo que se pôde observar, em relação à participação da comunidade, fica evidente o aumento da participação da população tanto no aspecto quantitativo como no qualitativo.

Acreditamos que a participação da comunidade no setor saúde - Conferências, Conselho Municipal, Conselho Local - é um processo de investimento e amadurecimento tanto da comunidade como do serviço de saúde, que deve ser visto como uma conquista que requer muito esforço de todos os envolvidos.

1.5 Abordagem educacional baseada na comunidade

Os antecedentes mais diretos da abordagem educacional baseada na comunidade decorreram das decisões da Assembléia Mundial da Saúde, de 1977, que estabeleceu a meta saúde para todos no ano 2000 e da Conferência de Alma-Ata, de 1978, que apontou a atenção primária à saúde como estratégia fundamental para se atingir a meta proposta pela Assembléia Mundial (WHO 1978).

Existe, em todo o mundo, um esforço concentrado para enfrentar o desafio de preparar profissionais de saúde a fim de promover a saúde da população em direção à saúde para todos. Esse papel tem sido cumprido por muitas instituições governamentais e não governamentais, entre elas a "World Federation for Medical Education", a qual realizou duas Conferências Mundiais de Educação Médica, ambas em Edimburgo - Escócia, 1988 e 1993. Nessas foi realçada a necessidade da revisão nos currículos de graduação em direção às estratégias de Saúde para todos no ano 2000 (RODDIE 1988).

Na opinião de BYRNE e ROZENTAL (1994) a declaração de Edimburgo, de 1988, a mais sensível das estratégias de atenção primária à saúde e saúde para todos no ano 2000 da OMS, é capaz de orientar a educação médica no sentido de produzir profissionais que promovam a saúde da população.

Na Declaração de Edimburgo, de 1988, foram delineados 12 itens para a reforma curricular, dentre os quais encontramos a orientação comunitária:

1. Cenários educacionais pertinentes
2. Currículo baseado em necessidades de saúde nacionais
3. Ênfase em prevenção de doença e promoção de saúde
4. Aprendizagem ativa contínua
5. Aprendizagem baseada em competências
6. Professores capacitados para serem educadores
7. Integração de ciências básicas com a prática clínica

8. Seleção de estudantes através de atributos intelectuais e não cognitivos
9. Coordenação da educação médica com os serviços de atenção à saúde
10. Produção equilibrada de especialidades médicas
11. Treinamento multiprofissional
12. Educação permanente

A 2ª Conferência Mundial, de 1993, analisou quatro assuntos: revisão dos 12 itens que resumem as bases para mudança; as reformas alcançadas desde 1988; os desenvolvimentos e resultados não previstos na Conferência de 1988; propostas de ações futuras após a revisão (WFME 1993).

Entre as recomendações mais importantes das análises realizadas na 2ª Conferência destacamos: ampliar os locais em que se desenvolvem os programas de ensino-aprendizagem, utilizando não apenas os hospitais mas todos os recursos de saúde existentes na comunidade; assegurar que os programas de ensino-aprendizagem reflitam as prioridades de saúde nacionais e a disponibilidade dos recursos (RODDIE 1988).

Acreditamos que o grande desafio das escolas que tenham cursos de graduação das áreas da saúde, em todo o mundo, é ocupar-se com aqueles problemas, seja numa revisão ou na transformação curricular de seus cursos. Mais do que um processo de reformulação interna, como um novo currículo, as escolas devem procurar parcerias efetivas com os serviços de saúde e com a comunidade para realizar as ações recomendadas pela "World Federation for Medical Education".

O envolvimento do corpo docente e de toda a equipe no processo de revisão curricular é outro ponto extremamente importante. O corpo docente deve ser envolvido no desenho, planejamento e implementação de novas propostas de ensino-aprendizagem. Também os professores devem estar abertos e preparados para as novas propostas de revisão profunda dos seus papéis como educadores e envolver-se nos programas de capacitação, os quais são requeridos nos currículos inovadores (SILVA 1998).

Nessa mesma direção, as responsabilidades e os desafios para as escolas de enfermagem são os mesmos em termos de redefinição curricular.

Na formação de enfermeiros é crucial manter práticas de enfermagem relevantes, que estejam de acordo com as necessidades e expectativas da sociedade.

Assim a OMS, em 1985, considerou que desde que os enfermeiros provêem, e continuarão provendo, uma parte grande do cuidado de saúde na maioria dos países, a formação e o papel dos enfermeiros na atenção à saúde devem ser ampliados e mais bem qualificados.

“ Há necessidade de uma mudança da ênfase no processo de ensino-aprendizagem exclusiva do cuidado curativo individual em hospitais para um processo de ensino-aprendizagem com ênfase na aquisição de conhecimentos e habilidades mais pertinentes para a saúde da comunidade, e isto deve ser acompanhado por uma mudança correspondente em atitudes profissionais” (WHO 1985, p.8).

Educação baseada na comunidade e/ou orientada à comunidade são opções a serem consideradas em projetos que visam a transformação da formação dos profissionais de saúde. Essas opções aproximam os estudantes das formas de vida e trabalho da população e do contexto onde ocorrem os problemas de saúde, proporcionando aos estudantes oportunidade de aprender e intervir num contexto real. Nesse processo a aprendizagem e a intervenção se tornam mais significativas. Assim essas opções teriam potencial para transformar a formação dos profissionais de saúde, formação esta preocupa em preparar melhor os profissionais para atender as necessidades de saúde da comunidade.

Visando a esclarecer a opção metodológica do presente trabalho, discorreremos sobre os conceitos da “educação orientada à comunidade” e “educação baseada na comunidade”.

A terminologia educação orientada à comunidade e baseada na comunidade tem sido empregada amplamente pelas instituições de educação que estão implementando novos modelos de formação de

profissionais de saúde, e que muitas vezes utilizam esses conceitos como sinônimos.

De acordo com a “Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences” - Network, e também definido por ALMEIDA (1997) educação orientada à comunidade é “característica das instituições cujos objetivos e princípios básicos são determinados pelas necessidades da comunidade, e cujos currículos adotam um enfoque integral da saúde e desenvolvem atividades comprometidas com a meta de saúde para todos”, (p.189), não significa assim necessariamente o trabalho em uma determinada comunidade.

Educação orientada à comunidade foi descrita pela OMS (1987) como educação que enfoca igualmente grupos populacionais e indivíduos, a qual leva em conta as necessidades de saúde da comunidade.

Por um outro lado, a educação baseada na comunidade consiste em atividades que envolvem a participação da comunidade, durante toda a experiência educativa, na qual não somente os estudantes e professores mas também profissionais da saúde, membros da comunidade, e representantes de outros setores são ativamente engajados nos processos educativos (OMS 1987).

Para efetiva educação baseada na comunidade há necessidade de se estruturarem práticas integradas à comunidade que, segundo RODRIGUEZ (1989) citado por FERREIRA (1992, p.13), devem ser concebidas como “um verdadeiro serviço à comunidade, como um processo dinâmico, gerador de conhecimentos científicos e de um compromisso permanente com a comunidade, esta entendida como uma ativa participante no mesmo processo, como sujeito e objeto da produção e uso das ações de saúde”.

BYRNE e ROZENTAL (1994) chamam a atenção para uma forma vaga e equivocada de se interpretar o currículo orientado à comunidade como os programas desenvolvidos por instituições “orientadas à comunidade” que enviam os estudantes para uma experiência breve em centros de saúde que não só hospitais.

Segundo esses autores, em geral, o currículo baseado na comunidade requer que os estudantes participem de atividades em e com a comunidade. Eles ainda criticam que os métodos que se baseiam pela orientação comunitária da Network são igualmente inapropriados para a América Latina; dizem que “os países da América Latina estão experimentando enormes dificuldades sociais, políticas e econômicas que não podem excluir-se das análises das mudanças em educação médica” (p.88).

Talvez a análise da realidade do contexto sócio-econômico-político seja a base diferencial fundamental para determinação apropriada dos métodos de educação dos profissionais da saúde, na América Latina.

Os responsáveis pelas políticas de saúde também estão sendo desafiados para considerarem a saúde num contexto global de desenvolvimento social e econômico e não apenas como um isolado setor de serviços ou utilidades do mercado. Estão sendo forçados para uma visão mais ampla de saúde e sua interação com a educação, meio ambiente, habitação, tecnologia e outros setores (DE PREE 1999).

“A reorientação no sentido da existência de cuidados primários de saúde, a introdução de uma aprendizagem baseada nos problemas reais, programas de formação para o desenvolvimento de competências na graduação, bem como uma educação baseada na comunidade” são algumas das novas diretrizes que só agora começam a penetrar nos países da América Latina (STOCKINS 1999, p.7).

Perante contexto identificado para a implementação da abordagem educacional baseada na comunidade na América Latina, destacamos as dificuldades encontradas por DE PREE (1999). As relacionadas com o setor saúde são: a falta de recursos combinada com as tendências tradicionais de atribuição de fundos pode ser contrária à mudança desejada; a falta de gestão apropriada para operar mudanças; confusão sobre diferentes papeis e responsabilidades; a falta de precedentes para o tipo de parcerias necessárias; a falta de informação apropriada e a limitada capacidade em pesquisa de sistemas de saúde e análise de políticas de saúde. Além de

grupos de interesses resistentes às reformas. Das referentes ao setor educacional as mais importantes são as relacionadas com os recursos humanos.

Uma questão importante para essa transformação no Brasil é a Lei No 9.394/96 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (BRASIL 1997), que estabelece as diretrizes curriculares em substituição aos currículos mínimos. Essas se constituem em um respaldo legal para flexibilização dos currículos que abrem importantes oportunidades para o processo de transformação dos mesmos.

Segundo MARTINS (1999) o conceito de currículo mínimo está na contramão de entender a graduação como etapa inicial de formação e não como um momento finalístico. As diretrizes curriculares da LDB é que "vão possibilitar às instituições de ensino superior definirem diferentes perfis de seus egressos e adaptarem estes perfis às transformações necessárias a cada realidade, uma vez que tenham a liberdade de definir uma parte considerável de seu currículo pleno" (p. 3).

Um movimento importante no Brasil para impulsionar as diretrizes curriculares no processo de mudança é o da Rede UNIDA que estimula as instituições pertencentes à Rede a refletir e questionar a formação dos profissionais de saúde e propor alternativas de ensino-aprendizagem que promovam uma formação mais condizente com as necessidades de saúde da população.

A Rede apresenta uma concepção que, segundo ela, sustenta a maior parte dos projetos, qual seja o processo de formação deve instrumentalizar o aluno para atender as necessidades sociais de saúde da população ... "isto implica em uma formação de profissionais críticos e criativos, capazes de contribuir para a transformação da realidade usando o seu conhecimento; uma formação de profissionais capazes de imprimir mudanças nas práticas sanitárias" (REDE UNIDA 1999, p.1).

Os currículos presentes na maioria dos cursos de graduação dos profissionais da saúde são:

“Estruturados a partir do modelo positivista - conteúdos fechados, acabados, descontextualizados, a-históricos, fragmentados por disciplinas, com a teoria dissociada da prática e ênfase na repetição e memorização de relações - e não têm sido capazes de preparar profissionais para atuar e responder às demandas sociais atuais de promoção, manutenção e recuperação da saúde da população”. (REDE UNIDA 1999, p.1).

Para modificar essa situação, a rede propõe currículos que desenvolvam “habilidade de aprender a aprender e de saber pensar; a capacidade de interagir com a vida cotidiana, e produzir, em cada área de atuação, contribuições para respostas aos problemas que este cotidiano cria” (REDE UNIDA 1999, p.1).

A FAMEMA, participante da rede UNIDA e preocupada com a formação dos profissionais de saúde, decidiu efetuar as mudanças curriculares para os cursos de medicina e enfermagem. Para tal, pesquisou conceitos e selecionou referenciais teóricos e metodológicos capazes de superar o modelo tradicional de formação e dar suporte à implementação de modelos educacionais inovadores.

A FAMEMA definiu, como parte de sua missão institucional na área acadêmica, a formação e capacitação de recursos humanos sensibilizados para a indissociabilidade do processo de aprendizagem, pesquisa e atenção à saúde com base comunitária. Desta forma, a reorientação das ações institucionais incluiu uma ampla reformulação curricular dos seus cursos (KOMATSU et al. 1999b).

A reforma curricular dos cursos de medicina e enfermagem adotou as concepções de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e de Problematização, respectivamente. Essa reforma possibilitou a implementação de uma unidade educacional, a Interação Comunitária, como proposta potencializadora de práticas educativas transformadoras.

1.5.1 Unidade educacional de Interação Comunitária

Ao longo de sua história, a FAMEMA esteve envolvida com alterações curriculares que possibilitaram a incorporação de processos de ensino-aprendizagem em ambientes além do hospitalar. A criação do centro saúde-escola e o desenvolvimento do PIDA foram experiências na FAMEMA consideradas importantes e avançadas, para a época em que aconteceram.

A Interação Comunitária surgiu como uma nova proposta educacional, baseada na comunidade, que tem como propósito desenvolver uma estratégia de ensino - aprendizagem ativa, interdisciplinar, multiprofissional e integrada ao serviço de saúde e à comunidade. Essa unidade consolidou no currículo um campo de prática que é construído no espaço da relação do serviço de saúde com a comunidade, a partir da problemática de saúde da população de cada área de abrangência e do contexto de reorganização do modelo de gestão e atenção à saúde (SILVA et al. 1999).

Os desafios na implementação da Interação Comunitária têm sido enormes, visto que os propósitos desta unidade educacional ainda que muito discutidos e com estratégias inovadoras, não haviam sido experimentados com esta amplitude em outros locais que almejam um currículo baseado na comunidade.

As expectativas dos estudantes no início dos cursos, tanto de medicina como de enfermagem, têm sido de alguma maneira conflitantes com as propostas da Interação Comunitária. Os estudantes têm uma expectativa muito grande em relação à patologia, ao cuidado do doente no âmbito hospitalar. Esta posição é compreensível visto que o ambiente hospitalar tem sido historicamente o espaço privilegiado de prática. O reducionismo biológico proporcionado pelo modelo biomédico, associado à expectativa de consumo de tecnologia de alta complexidade, coloca o hospital como o cenário ideal para reprodução de um perfil profissional ajustado ao “avanço da ciência”.

Em conseqüência, o trabalho na comunidade, muitas vezes, não é percebido pelos estudantes como campo de ensino-aprendizagem e de

conhecimento. A Interação Comunitária é vista por alguns estudantes como uma atividade pouco interessante e até mesmo como dispensável para a formação profissional.

A dificuldade vivenciada na construção da credibilidade da unidade de Interação Comunitária no âmbito da escola atesta que os docentes – formados, em sua maioria, em escolas cujo modelo hoje é questionado – têm também dificuldade em reconhecer sua importância na formação profissional.

O programa de Interação Comunitária é desenvolvido nas quatro primeiras séries dos cursos de medicina e enfermagem e visa proporcionar aos estudantes oportunidades para o desenvolvimento e aprimoramento integrados de conhecimentos, habilidades e atitudes, respeitando as competências definidas para cada série e para cada carreira. Para tanto, os estudantes são incorporados em atividades nas UBS/USF visando à sua inserção no processo de produção de serviços das unidades de saúde. Todos esses elementos são características fundamentais da educação baseada na comunidade.

Ainda que a unidade de Interação comunitária, pelo seu próprio nome, possa sugerir uma integração direta com a comunidade esta integração tem acontecido na mediação com o serviço de saúde, ou seja, por intermédio das ações sob responsabilidade da rede básica de atenção à saúde, responsabilidade esta compartilhada pela FAMEMA. No estágio em que o projeto se encontra, pode-se afirmar que a comunidade ainda não ocupa de fato a posição de parceira na construção dos processos educacionais e de atenção à saúde.

A incorporação dos estudantes na rede básica de saúde tem sido feita através de um processo de negociação permanente nos três níveis de parceria que envolve o Projeto UNI Marília: político, técnico e operacional. Mesmo com todo esse processo de negociação têm-se enfrentado dificuldades sobretudo no nível operacional, no qual se dão as relações entre os profissionais de saúde, os docentes, os estudantes e membros da comunidade.

Há ainda dificuldades em romper-se uma prática que se distancia dos modelos de cuidado e planejamento mais participativos e integrados; o trabalho em equipe multiprofissional não é freqüente; e a organização do cuidado reflete mais um modelo de intervenção curativo e individual do que voltado à prevenção e promoção da saúde. Parece razoável encontrar conflitos ao tentar introduzir mudanças tão significativas no cotidiano da prática das pessoas nos serviços de saúde.

A Interação Comunitária é uma unidade educacional que tem uma inserção particular nos currículos dos cursos de medicina e de enfermagem, diferenciando-se das demais unidades educacionais quanto ao cenário de ensino - aprendizagem, ao conteúdo e ao processo pedagógico.

Além de estar no contexto dos dois currículos é desenvolvida com os estudantes de medicina e enfermagem conjuntamente, e está presente nas primeiras quatro séries do curso de medicina e em todas as séries do curso de enfermagem. Essa distribuição pressupõe uma continuidade das atividades desenvolvidas nos cenários de ensino-aprendizagem, propiciando o trabalho em equipe multiprofissional e impulsionando a parceria com o serviço e com a comunidade.

O conteúdo é construído a partir de um tema escolhido em parceria com o serviço de saúde, para cada área de abrangência segundo os problemas de saúde dessa área. A esse tema incorporam-se os conteúdos específicos da série em questão para desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem, de acordo com o nível de competência de cada série. Assim, por exemplo, a hipertensão arterial em adultos pode ser um tema aglutinador de conteúdos relevantes para um determinado grupo de alunos de uma dada série do curso.

A maioria das unidades educacionais do curso médico - da 1^a à 4^a séries - está organizada por problemas, construídos com base no perfil epidemiológico prevalente e com base em casos reais da prática médica. Os problemas são estudados no âmbito da literatura disponível, denominados na FAMEMA de "problemas de papel", em que os estudantes não desenvolvem diretamente atividades com o serviço de saúde e com a

comunidade. São, portanto, unidades orientadas à comunidade e não baseadas na comunidade.

As unidades do curso de enfermagem são organizadas por conceito-chave, utilizando a problematização. As atividades são desenvolvidas junto ao serviço de saúde e à comunidade, e são construídas a partir das necessidades do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes num período de tempo pré estabelecido, seguindo a lógica de organização das unidades educacionais, guardando características da educação baseada na comunidade.

As diferenças metodológicas entre os cursos de medicina e de enfermagem explicitam os lugares diversos que ocupa a Interação Comunitária, nesses cursos. No curso de enfermagem guarda coerência com as demais unidades educacionais, configurando-se apenas como uma a mais; no curso médico, é diferente em conteúdos e práticas das demais unidades da 1ª à 4ª séries. Sua singularidade expressa, ao mesmo tempo, os desafios colocados para a sua implementação e sua relevância no curso de medicina, por tratar-se de espaço privilegiado para o exercício em cenários reais de prática profissional.

Os estudantes na Interação Comunitária trabalham em grupos formados por oito estudantes de medicina e quatro de enfermagem, sob a coordenação de um docente/instrutor⁴. Cada grupo permanece na mesma área de abrangência de uma respectiva UBS, durante quatro anos, e na 4ª série os estudantes também atuam nas USF, propiciando a interação com diversos atores e instituições (figura 4).

A carga horária da 1ª à 3ª série é de 4 horas semanais. Na 4ª série há uma ampliação das atividades de ensino-aprendizagem, permanecendo os estudantes de medicina 16 horas semanais em rodízio nas UBS e nas USF do município. Os estudantes de enfermagem da 4ª série, do ano 2000, por ainda estarem sujeitos ao currículo tradicional, não estão participando das atividades da Interação Comunitária nesta série. A integração de ambos

⁴ Na tentativa de distinguir as funções docentes no novo currículo da FAMEMA, utilizou-se o termo Instrutor para as funções docentes na Interação Comunitária.

os cursos na 4^a série só será efetivada no próximo ano com a implementação do novo currículo de enfermagem.

Com as novas propostas pedagógicas dos currículos de medicina e de enfermagem a integração dos dois cursos foi possível, desde a primeira série, no espaço da unidade de Interação Comunitária, iniciando o preparo para o trabalho em equipe multiprofissional.

Os estudantes de medicina e enfermagem compartilham os mesmos objetivos e competências nas três primeiras unidades da Interação Comunitária, o que requer uma minuciosa elaboração na organização da unidade, apesar de seus currículos apresentarem seqüências de atividades diferentes que permitem ganhos de conhecimentos e de autonomia para a prática em momentos diferentes.

Assim, o desafio da unidade educacional Interação Comunitária, enquanto programa de ensino-aprendizagem baseado na comunidade, é implementar atividades educacionais que sejam relevantes para o serviço de saúde, para a comunidade e para a aprendizagem de estudantes de medicina e de enfermagem.

Figura 4: Representação gráfica das possibilidades de interação dos atores e das instituições, na unidade de Interação Comunitária.

Fonte: SILVA et al. 1999

Interação Comunitária 1ª série: IC 1

O objetivo geral da IC 1 é inserir os estudantes no contexto da rede básica de saúde de Marília através da realização e interpretação do diagnóstico de saúde de famílias das áreas de abrangência. Tem como referencial o modelo de saúde da família, sensibilizando-os para a prática em saúde na perspectiva de reorientação do modelo de atenção pautado na vigilância à saúde (SILVA 2000a). Este diagnóstico de saúde servirá como subsídio das atividades de planejamento e intervenção em saúde nas séries seguintes.

A unidade é desenvolvida em quatro etapas, utilizando diversas estratégias de ensino -aprendizagem, como:

1. Oficina de trabalho 1: “Saúde e cidadania”
2. Trabalho de campo: “Cadastro das famílias do território”
3. Oficina de trabalho 2: “Diagnóstico de saúde do território”
4. Realização de uma investigação científica, com base no trabalho desenvolvido ao longo da série.

A proposta da Interação Comunitária para a 1ª série é que a FAMEMA, em parceria com a SMHSM, utilize essas etapas para sensibilizar e instrumentalizar todos os envolvidos, no sentido de se colocar uma nova dinâmica de atuação nas UBS. O objetivo é ter ações de saúde nas UBS com base num novo modelo de atenção de saúde, com enfoque na família, pautado na vigilância à saúde, com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional e com prática intersetorial (SILVA 2000a).

Interação Comunitária 2ª série: IC 2

O objetivo geral da IC 2 é contribuir para a melhoria da atenção à saúde da criança, atuando no programa de vigilância ao bebê de risco e da atenção à saúde do adulto, atuando no programa de controle da hipertensão arterial, planejando e implementando ações de saúde prioritárias. Estas ações devem ser consensuadas com os gestores do sistema de saúde,

profissionais de saúde e comunidade em cada área de abrangência (SILVA 2000b).

Os conteúdos específicos são estabelecidos de acordo com os programas de vigilância ao bebê de risco e hipertensão arterial da SMHSM. Estes conteúdos são definidos em processo com base no reconhecimento dos problemas de saúde e necessidades da clientela envolvida nesses programas, em cada área de abrangência. O conhecimento é construído com base na prática, trata-se de apreender os problemas que surgem, contextualizá-los e manejá-los, juntos estudantes, instrutores e profissionais de saúde (SILVA 2000b).

Interação Comunitária 3ª série: IC 3

O objetivo geral da IC 3 é desenvolver ações de saúde que visam a melhorar a adesão da clientela aos programas de pré-natal e hipertensão arterial das áreas de abrangência. Estas ações devem ser consensuadas com os gestores do sistema de saúde, profissionais de saúde e comunidade em cada área de abrangência (SILVA 2000c).

Os conteúdos específicos são definidos com base nos programas de pré-natal e hipertensão arterial, da SMHSM, considerando a problemática da adesão ao programa em cada UBS. O conhecimento é construído com base na prática, trata-se de apreender os problemas que surgem, contextualizá-los e manejá-los, juntos estudantes, instrutores e profissionais de saúde (SILVA 2000c).

Interação Comunitária 4ª série: IC 4

O objetivo geral da IC 4 é desenvolver ações de saúde voltadas para a atenção da criança, adulto e mulher que visem à promoção, prevenção e tratamento dos indivíduos e da comunidade, através da realização de atividades como: atendimento ambulatorial; atendimento domiciliário; atendimento em grupo; planejamento, administração e organização do

cuidado; produção e sistematização do conhecimento; vigilância de óbitos e das internações hospitalares da área de abrangência (SILVA 2000d).

Na IC 4 a proposta é ampliar as atividades, a carga horária, os cenários de ensino-aprendizagem e a participação dos profissionais da rede básica na IC. A área de abrangência continuará a ser o local privilegiado de atuação que, além das UBS, está incorporando as USF. Portanto é nesta unidade que ocorre a efetiva incorporação da USF no processo educacional.

O desenvolvimento da unidade educacional revela um amadurecimento importante na construção da sua identidade ...

“ A Interação Comunitária não é o campo de prática só da saúde pública, passa progressivamente a ser entendida como espaço de desenvolvimento do conjunto das habilidades dos profissionais da saúde no exercício das tarefas de cuidado individual e coletivo às pessoas, cuidado que se organiza num dado território, portanto, requer o conhecimento e trabalho integrado de diversas disciplinas” (FAMEMA 1999b, p.73).

Capitulo 2

Percurso metodológico

2.1 O objeto de estudo

Esta investigação constitui - se em um estudo sobre a unidade educacional Interação Comunitária, dentro da proposta de mudança curricular dos cursos de enfermagem e medicina da Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA, no contexto do Projeto UNI - Marília (Uma Nova Iniciativa na educação de profissionais de saúde em união com a comunidade), como estratégia para o desenvolvimento de modelos inovadores de formação de profissionais de saúde.

A perspectiva de estudar e compreender o processo de ensino-aprendizagem dessa unidade, na interface com o serviço de saúde e com a comunidade, acontece no momento de implementações curriculares inovadoras na FAMEMA, de reestruturação do modelo de atenção à saúde da rede básica de saúde do município de Marília, especificamente no nível da atenção primária à saúde, e da consolidação da participação da comunidade, que são resultados do Projeto UNI Marília, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O objeto deste estudo é a prática educativa transformadora no espaço da unidade educacional de Interação Comunitária. A unidade é a forma curricular que organiza as atividades e as experiências de ensino-aprendizagem, que sustentam a prática educativa transformadora.

Pelas características peculiares desta unidade educacional nos currículos dos cursos de medicina e de enfermagem em relação às demais unidades, pelo princípio marcante da educação baseada na comunidade e pela singularidade desta unidade, entendemos que realizar uma investigação – tendo a prática educativa transformadora da Interação Comunitária como objeto de estudo – seria de interesse tanto para a comunidade interna - docentes, estudantes, profissionais de saúde, dirigentes institucionais - como para outras instituições de ensino.

O objetivo geral deste estudo é analisar os principais aspectos metodológicos e pedagógicos da unidade de Interação Comunitária, sob a perspectiva dos atores que a constroem, de forma a contribuir com a

FAMEMA e para o desenho e implementação de novos projetos de formação de recursos humanos em saúde.

A investigação da unidade de Interação Comunitária, nos currículos dos cursos de medicina e de enfermagem da FAMEMA, está orientada pelos seguintes objetivos específicos:

- identificar os conteúdos trabalhados nas atividades de ensino-aprendizagem da Interação Comunitária segundo a percepção dos docentes, discentes e gerentes das UBS e os critérios para a seleção desses conteúdos;
- analisar como é expressa a parceria existente entre serviço de saúde/UBS e academia/ Interação Comunitária segundo a representação de docentes, discentes e gerentes no nível operacional da UBS;
- analisar como os sujeitos identificam o espaço de desenvolvimento da unidade de Interação Comunitária, caracterizando os cenários das práticas de saúde e do processo de ensino-aprendizagem da unidade.

2.2 Referencial teórico-metodológico

A unidade educacional Interação Comunitária é parte de um currículo dotado de valores, conteúdos e práticas pedagógicas, num contexto histórico, num determinado tempo e lugar, e em uma instituição singular, que se pretendeu valorizar na presente investigação.

Essa unidade encontra-se em constante dinamismo e é transformada em seu processo de construção permanente. Dado seu processo histórico, que é influenciado pela realidade do desenvolvimento social, os sujeitos envolvidos na Interação Comunitária e o pesquisador são dialeticamente autores e frutos do seu tempo histórico. A visão de mundo do pesquisador e dos sujeitos envolvidos na pesquisa esteve presente em todo o processo de conhecimento do objeto, da concepção ao resultado da investigação. Essas características são apontadas por MINAYO (1993) como específicas da metodologia da pesquisa social.

Segundo MINAYO (1993), a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

A pesquisadora deste estudo foi parte integrante na construção e condução da unidade educacional Interação Comunitária; esteve imersa no contexto e em todas as circunstâncias presentes que condicionam o problema, situação que a coloca num papel de participante ativa no processo e de investigadora ao mesmo tempo.

Pela natureza do objeto deste estudo e pela posição da pesquisadora, a orientação qualitativa representou uma possibilidade de análise. Segundo CHIZZOTTI (1995), “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.... o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo - lhes um significado. O objeto não é um dado inerente e neutro,

está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações” (p. 81).

A abordagem qualitativa, orientada pela dialética, foi o caminho e o instrumental desse processo de investigação. Orientação essa que possibilitou na compreensão da realidade pensar os conflitos e as contradições como algo permanente e que explica a transformação (MINAYO 1993). O estudo da Interação Comunitária decorreu de um processo indutivo que foi se definindo e se delimitando na exploração dos contextos onde está inserido, na observação da Interação Comunitária em sua implementação, na análise das relações com os sujeitos que emitiram juízos de valores sobre ela.

A Interação Comunitária foi vista como um processo em construção permanente por diversos sujeitos historicamente posicionados nesta construção. Identificamos como sujeitos deste estudo os sujeitos da Interação Comunitária: os estudantes, os professores, o coordenador da unidade e os profissionais do serviço de saúde envolvidos no processo.

Esses sujeitos são pessoas ativas inseridas no contexto institucional, ou seja, onde desenvolvem suas práticas. Adotam uma postura, segundo MATUS (1993), de “produtores coletivos de eventos da mudança situacional, podendo seguir um processo de produção direta utilizando o poder que têm em si como instituições ou um processo de produção indireta através das instituições que controlam”.

Entendemos que a Interação Comunitária traz a ideologia tanto dos sujeitos enquanto pessoas como das instituições nas quais estão inseridos. A Interação Comunitária foi vista no contexto dessas instituições: Faculdade de Medicina de Marília e do serviços de saúde através da Secretaria Municipal de Saúde, já descritas anteriormente.

Há várias maneiras de se interpretar uma proposta educacional. Historicamente, a educação tem tido referenciais distintos, que servem para diferentes fins; muitas vezes, passa despercebido do corpo discente e até mesmo do docente a concepção educacional da escola, mas com certeza explicitamente ou implicitamente, a vocação da escola está expressa em

seus documentos, ou através dos objetivos educacionais e/ou das propostas pedagógicas.

A unidade de Interação Comunitária é aqui abordada como uma prática educativa transformadora, em que o conhecimento é construído de forma integradora e interativa. O conhecimento não é apenas “apropriado” ou socializado, mas é algo descoberto e construído, e não copiado (MACLAREN et al. 1998).

Ao colocarmos essa opção, estamos considerando o concepção pedagógica de Paulo Freire, ou seja, a pedagogia capaz de levar o homem a ter consciência, a contextualizar seu próprio mundo e, neste processo, a assumir a responsabilidade de recriá-lo, transformá-lo, marcando sua existência, sua missão de homem no mundo.

O presente estudo pretende analisar os principais aspectos metodológico e pedagógico da Unidade de Interação Comunitária tomando como categorias analíticas:

- o processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem;
- a relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de ensino-aprendizagem;
- a relação entre os espaços de ensinar e trabalhar.

Segundo MINAYO (1993) categorias analíticas são “aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais” (p.94). Por meio dessas categorias, pretende-se analisar o espaço de construção curricular da Interação Comunitária.

Por conteúdos de ensino-aprendizagem se entende desde uma seleção de conhecimentos pertencentes a uma área do saber e que compõem os programas escolares parcelados nas disciplinas, até o conteúdo que compreende todos os aprendizados que os estudantes devem alcançar para progredir na vida acadêmica, ou seja, tudo que está presente no tempo escolar.

Dentro dessa segunda perspectiva, no entendimento de LIBÂNEO (1994), conteúdos são “o conjunto de conhecimentos, habilidades, hábitos, modos valorativos e atitudes de atuação social, organizados

pedagogicamente e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa e a aplicação pelos estudantes na sua prática de vida” (p.128).

Escolher conteúdos não é uma decisão casual. Os conteúdos são mediações dos objetivos, respondem a um determinado objetivo político que se tem, por parte do corpo docente e da escola. O papel do conteúdo é tão significativo que, com a identificação dos conteúdos de uma prática pedagógica, identifica - se também a direção pedagógica que predomina na prática educacional (LUCKESI 1990).

Paulo Freire considera em seu método pedagógico uma relação - professor-estudante-conteúdo - distinta da educação bancária.

“Educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem. Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE 1987, p.68).

Numa concepção do currículo como práxis, que prepara o estudante para o mundo real do trabalho, é necessário estimular comportamentos, adquirir valores, atitudes e habilidades de pensamento, além de conhecimentos. Por isso, é necessário que os conteúdos se refiram não apenas às informações a serem adquiridas, mas também aos efeitos que derivam de determinadas atividades, que devem ser praticadas para obter o aprendizado (GIMENO SÁCRISTAN e PÉREZ GOMÉZ 1998).

Entendemos que há uma relação de troca professor-estudante-conteúdo no processo ensino - aprendizagem. O papel do professor é proporcionar, com os estudantes, as condições em que se dê a superação do conhecimento como um fim em si mesmo, para um conhecimento que é capaz de transformar a prática. Esse processo cria condições para assimilação consciente e sólida de conhecimentos, habilidade e atitudes, para os estudantes formarem suas capacidades e habilidades intelectuais e se tornarem sujeitos da própria aprendizagem.

Os conteúdos devem estar planejados pela articulação objetivos - conteúdos - métodos e formas de organização do ensino - aprendizagem nas condições reais em que ocorre esse processo.

Os conteúdos do processo de ensino - aprendizagem, segundo LIBÂNEO (1994), compõem-se de elementos que são: conhecimentos sistematizados; habilidade e hábitos; atitudes e convicções. Estes são inter-relacionados pois as habilidades e capacidades necessitam de uma base de conhecimentos; o dominar o conhecimento pressupõe que se tenham certas habilidades, capacidades e modos valorativos e atitudes.

Os conhecimentos sistematizados são a base da instrução e do ensino, sendo sua aquisição e domínio condições prévias para os outros elementos. Os conhecimentos correspondem a “conceitos e termos fundamentais das ciências; fatos e fenômenos da ciência e da atividade cotidiana; leis fundamentais que explicam as propriedades e as relações entre os objetos e os fenômenos da realidade; métodos de estudo da ciência e a história da sua elaboração; e problemas existentes no âmbito da prática social conexos com a matéria” (LIBÂNEO 1994, p.131)

As habilidades são “qualidades intelectuais necessárias para a atividade mental no processo de assimilação de conhecimentos os hábitos correspondem aos modos de agir relativamente automatizados que tornam mais eficaz o estudo ativo e independente” (LIBÂNEO 1994, p.131).

As atitudes e convicções se referem a “modos de agir, de sentir e de se posicionar diante das tarefas da vida social; orientam a tomada de posição e as decisões pessoais perante situações concretas, ... as quais dependem dos conhecimentos e estes, por sua vez, influem na formação de atitudes e convicções” (LIBÂNEO 1994, p.131).

O cenário do processo de ensino - aprendizagem é determinante para o desenvolvimento dessas habilidades, atitudes e convicções. Fundamentalmente, este deve tratar-se de um cenário real de trabalho.

No contexto atual os espaços de ensino não correspondem em sua maioria aos espaços do serviço, do trabalho real. Nos currículos tradicionais, os espaços de ensino-aprendizagem na saúde têm sido diferentes dos espaços de assistência à saúde; estes não têm sido entendidos como

espaços comuns e integrados. Os espaços de ensinar e trabalhar têm seguido a dicotomia histórica entre o momento teórico de aprender e o prático.

Já na Interação Comunitária, o cenário é o espaço de trabalho do serviço de saúde, ou seja, a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde vista como o espaço de transformação das práticas de saúde; além disso, vista como o espaço de construção política e social de cidadania.

Numa perspectiva de ampliar a capacidade explicativa dos movimentos e organizações espaciais BOURDIEU (1979) vê o espaço de forma multidimensional, ressaltando nele os estilos de vida e os hábitos como componentes dos sistemas de ações.

SANTOS (1994) definiu espaço como o conjunto de sistemas de objetos e sistemas de ações, indissociáveis, solidários e também contraditórios e que ocorrem de forma intencional. Ele define espaço em função dos processos que o integram, constituindo-se de: processos sociais, interações e atores.

O conceito de cenário do processo de ensino - aprendizagem vem sendo amplamente utilizado nos Projetos UNI como uma perspectiva para conformação de novos modelos acadêmicos. O Projeto propõe novos cenários (de ensino - aprendizagem) com adoção de novas metodologias de ensino - aprendizagem e de avaliação.

Uma das propostas do Projeto UNI é a criação de novos cenários em ambientes comunitários e nos serviços de saúde de primeiro e segundo níveis de atenção, presentes ao longo dos cursos (ALMEIDA 1997).

A questão é como interpretamos o conceito de cenário. Este como um espaço estanque a ser "utilizado" pela universidade, onde os professores ensinam e os estudantes aprendem, ou, como um espaço dinâmico de relações e de responsabilização entre os diversos sujeitos do processo de aprendizagem e de assistência.

Na linguagem do Planejamento Estratégico Situacional, cenário é a descrição do conjunto das situações enfrentadas pelos atores sociais em um determinado momento.

Segundo ALMEIDA (1997), "são os cenários que criam, que propiciam o ensinar - fazendo e o aprender - trabalhando, superando a dicotomia teoria - prática, criando condições favoráveis para a ação - reflexão - ação como modelo de intervenção no processo de ensino - aprendizagem e no trabalho colaborativo e solidário entre sujeitos sociais, da universidade, dos serviços e da comunidade" (p.131).

Neste sentido os estudantes contribuem para as transformações das práticas de saúde e são percebidos pelos profissionais do serviço de saúde e pela comunidade como colaboradores, e não como meros espectadores.

A área de abrangência das UBS tem sido o cenário favorável e escolhido pela Interação Comunitária, pois são unidades privilegiadas de experimentação no que diz respeito à atenção à saúde e às relações com a comunidade.

A "nova" forma de entender os cenários de ensino - aprendizagem constitui uma estratégia educacional para consolidação do currículo como práxis. Para que a mudança de cenário cumpra seu papel, é essencial que os novos espaços de aprendizagem estejam associados às mudanças de práticas pedagógicas de atenção à saúde (FEUERWEKER e MARSIGLIA 1996).

Na unidade educacional Interação Comunitária, a relação entre os atores institucionais envolvidos nessa unidade, mais especificamente entre os atores da faculdade, do serviço de saúde e da comunidade, é uma relação que poderá determinar o cenário que se deseja construir na Interação Comunitária.

O trabalho dos docentes e estudantes nas propostas de interação ensino, serviço e comunidade, como a do Projeto UNI, não deve ser artificial já que com esta relação espera-se como resultado o desenvolvimento do sistema de saúde de forma eficiente e eficaz (KISIL e CHAVES 1994).

Historicamente, a relação entre os profissionais do serviço de saúde e os da academia tem sido conflituosa; uma das razões é pela forma de

inserção dos estudantes na unidade de saúde, contribuindo para a dicotomia dos espaços de ensinar e de trabalhar.

A presença de estudantes e docentes em uma unidade de serviço de saúde não deve se configurar como um ônus, mas um bônus. Isso significa segundo KISIL e CHAVES (1994) uma conjunção de esforços de todos os envolvidos no sentido de contribuírem para o aperfeiçoamento dos serviços e da formação dos profissionais de saúde.

Não basta docentes, estudantes e equipe de saúde estarem no mesmo “espaço físico”, fazendo separadamente seu trabalho. Será necessária a criação de métodos de trabalho, estabelecendo um processo articulado de objetivos assistenciais e educacionais.

Nesse sentido, a incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços propiciará a construção dos espaços de aprendizagem, produzindo mudanças nesse processo, sem, no entanto, descaracterizar sua natureza. Pois segundo FEUERWERKER e SENA (1999) o propósito é de não transformar o espaço dos serviços de saúde e da comunidade em prolongamentos do hospital universitário e dos centros de saúde-escola, ou seja, não se pretende descaracterizá-los como cenários de produção de serviços, nem transformá-los em locais privilegiados de práticas educacionais.

A construção das relações entre os docentes, estudantes, profissionais do serviço e comunidade leva a uma parceria que segundo ALMEIDA (1997) é a “aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns, constituindo uma modalidade de co-gestão, a partir da qual os vínculos entre os parceiros se dão em pé de igualdade ou semelhança a parceria envolve mudanças nas posturas e nos valores existentes nos atores como, por exemplo, a ruptura das barreiras de comunicação, do isolamento entre as instituições e sua aproximação da realidade social” (p.109).

A aceitação por parte da academia, do serviço e da comunidade de um processo integrado de ensino-trabalho implica em mudanças nos seus interiorA essência da parceria, no contexto do processo de ensinar e trabalhar, refere-se às relações entre os sujeitos envolvidos no processo. De acordo com BLEJMAR e ALMEIDA (1999) “há um reconhecimento de que as

ações em parceria produzem influências mútuas, provocando alterações nos vínculos e nas modalidades de ações dos diferentes sujeitos sociais” (p.27).

Considerando as categorias analíticas - o processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem, a relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de ensino-aprendizagem e a relação entre os espaços de ensinar e trabalhar - construíram-se as categorias empíricas deste estudo a partir da análise das falas dos sujeitos estudantes, professores e profissionais de saúde, expostas no final deste capítulo.

As categorias empíricas segundo MINAYO (1993) são “ aquelas construídas com a finalidade operacional, visando ao trabalho de campo, que têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (p.94).

2.3 Campo do estudo

O campo compreende o contexto onde se desenvolve o objeto de estudo, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos relativo ao objeto. Segundo MINAYO (1993), o campo é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de estudo.

Assim o campo determinado para este estudo se constitui no espaço de desenvolvimento da unidade de Interação Comunitária dos currículos dos cursos de medicina e de enfermagem da FAMEMA, no município de Marília, Estado de São Paulo. Cada uma das 10 UBS, com os profissionais de saúde, os 30 grupos das respectivas unidades de IC 1 , IC 2 e IC 3, com os estudantes e instrutores de cada uma das séries, compõe a área de desenvolvimento da Interação Comunitária, num total de 360 estudantes, 30 docentes e 10 gerentes das UBS, que constituem os sujeitos da Interação Comunitária.

Como sabidamente, neste momento, a parceria para a construção da unidade educacional de Interação Comunitária acontece no espaço da academia e do serviço de saúde, e considerando os objetivos específicos desta investigação, decidiu-se por não incluir os membros da comunidade no estudo. Optou-se pela definição prévia de critérios que possibilitou a seleção de alguns dos sujeitos da Interação Comunitária, como sujeitos informantes deste estudo.

Definiu-se "a priori" trabalhar com as 1ª e 2ª séries, ou seja a IC 1 e IC 2, ficando excluída a 3ª série, ou seja a IC 3. Esta última foi excluída do estudo por tratar-se de uma série na qual a proposta educacional ainda não estava totalmente conformada, não possibilitando a aplicação plena do desenho de investigação.

Por considerarmos que as áreas de abrangência e as UBS em essência são muito parecidas quanto aos programas de atenção à saúde e de ensino-aprendizagem, e por desenvolverem o mesmo processo de trabalho e funcionamento do serviço, não houve necessidade de se estudar

todas as áreas, foram então escolhidas três áreas de abrangência/UBS para a realização dessa investigação.

A escolha destas três áreas teve um caráter intencional ao se determinarem critérios relacionados aos docentes, aos gerentes, ao programa de ensino-aprendizagem e à participação de outros profissionais.

Os critérios de seleção relacionados aos docentes foram referentes ao interesse destes em participar do programa e à qualidade no desenvolvimento do processo de ensino - aprendizagem. Esta qualidade foi apontada pelos estudantes na avaliação realizada periodicamente na Interação Comunitária. Quanto aos gerentes das UBS o critério escolhido foi a participação destes no desenvolvimento das atividades realizadas na UBS, bem como a participação de outros profissionais. Os critérios referentes ao programa foram quanto ao grau de implementação das atividades de ensino-aprendizagem propostas para cada UBS.

Cada um destes critérios foi pontuado na escala de -1, 0, +1 conforme o grau de satisfação de cada um deles. O total de pontos alcançados permitiu a escolha das três áreas com maior pontuação, que são as UBS Joquei, UBS Castelo Branco e UBS Santa Antonieta, definindo-se a amostra do estudo, conforme quadro 3.

Os sujeitos da Interação Comunitária destas áreas, definidos como sujeitos informantes neste estudo, foram os docentes - instrutores da IC 1 e IC 2, os gerentes das UBS e os estudantes.

Entre os estudantes optou-se pelos estudantes da 2ª série por terem a experiência da IC 1 e IC 2. Três estudantes, um de cada uma das áreas de abrangência - Joquei, Castelo Branco, Santa Antonieta - foram indicados pelos instrutores por se destacarem na participação no conjunto de atividades desenvolvidas na Interação Comunitária.

Quadro 3: UBS e critérios de escolha do campo de pesquisa, segundo qualidade dos sujeitos e dos programas, Marília, 1999.

Critérios	Avaliação Docente IC1	Avaliação Docente IC2	Particip. Gerente	Particip. Outros profissio- Nais	Avaliação Programa IC1	Avaliação Programa IC2	Total de pontos positivos
UBS							
Nova Marília	-1	+1	+1	-1	+1	+1	2
Planalto	+1	+1	0	+1	+1	+1	5
Joquei	+1	+1	+1	+1	+1	+1	6
Costa e Silva	0	+1	+1	-1	+1	+1	3
Coimbra	0	+1	+1	+1	+1	+1	5
Altaneira	0	-1	+1	+1	+1	-1	1
JK	0	+1	-1	-1	+1	+1	1
C. Branco	+1	+1	+1	+1	+1	+1	6
São Judas	-1	+1	+1	0	+1	+1	3
S. Antonieta	+1	+1	+1	+1	+1	+1	6

+ 1 Satisfatório

0 Neutro

- 1 Insatisfatório

2.4 Coleta e organização dos dados

A coleta de dados consistiu no levantamento de informações contidas na memória dos sujeitos - mediante entrevista individual, denominada nesse estudo entrevista centrada no sujeito - e de informações contidas nos cadernos⁵ da Interação Comunitária, como fonte de dados secundários.

A entrevista foi utilizada como uma técnica de fonte de informação de dados primários, com perguntas semi-estruturadas. Segundo HAGUETTE (1995) entrevista é “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações da parte do outro, o entrevistado” (p.86).

A intencionalidade da entrevista semi-estruturada, assim como a pesquisa aberta, é captar o que está além das aparências, da superfície da comunicação, e atingir níveis profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, no recorte proposto pelo pesquisador (MINAYO 1993). A técnica da entrevista está fundamentada na exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador, combinadas com a presença de dados novos produzidos no processo de investigação e, particularmente, no próprio momento da entrevista.

Os sujeitos entrevistados deste estudo foram 06 docentes, sendo 03 da 1ª série e 3 da 2ª série; 03 estudantes da 2ª série; e 03 gerentes das UBS; perfazendo um total de 12 entrevistas.

Realização das entrevistas

Para a realização das entrevistas foi observado a resolução sobre pesquisa envolvendo seres humanos e seguido todos os procedimentos necessários.

As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade de tempo e local de preferência dos entrevistados, na qual

⁵ Cadernos: documento no qual se encontra o programa de ensino-aprendizagem de cada unidade educacional do curso médico e de enfermagem.

foram apresentados os objetivos da pesquisa e da entrevista. Todos os sujeitos convidados concordaram em participar e as entrevistas foram realizadas em ambiente privado, durante o período de outubro a dezembro de 1999.

No início de cada entrevista foi novamente apresentado o seu objetivo, apresentado o termo de compromisso ético e obtido o consentimento do entrevistado em participar da pesquisa (anexo 1). Ainda foi solicitada permissão para gravar, já que se tratava de entrevista verbal-oral. Utilizou-se um roteiro com perguntas semi-estruturadas (anexo 2) elaborado a partir dos objetivos e das categorias analíticas propostos na investigação, com a finalidade de nortear o trabalho do entrevistador. As perguntas foram feitas de maneira a permitir aos entrevistados discorrerem livremente sobre as questões apresentadas, e sobre as questões que surgiram no momento da entrevista, conformando assim o conteúdo das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas para o papel e assim a partir dos textos (depoimentos) iniciou-se a análise dos dados.

Análise dos dados obtidos na entrevista

A fase de análise de dados, de acordo com MINAYO (1993), tem três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas e ou pressupostos da pesquisa, e ampliar o conhecimento sobre o tema em estudo, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada empregando-se a técnica de análise de conteúdo que segundo Berelson (1971) citado por BARDIN (1977, p. 36) é “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

Vários passos descritos por BARDIN (1977) foram vencidos para a realização da análise dos dados das entrevistas. Primeiro foi feita uma

leitura flutuante de cada uma das entrevistas, que teve como objetivo reconhecer o texto e aquecer a pesquisadora com impressões e orientação para em seguida iniciar a análise dos dados propriamente dita.

Logo depois, foi realizada uma segunda leitura para desmembrar as unidades de registro, ou seja, uma codificação que correspondeu a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte do texto e classificação e agregação, permitiu atingir uma representação do conteúdo visando à categorização.

A codificação foi feita por frases, em cada uma das entrevistas, na qual cada frase representou uma unidade de registro, ou seja, uma unidade de sentido que exprimiu um pensamento acerca das categorias analíticas propostas inicialmente nesse estudo: **o processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem; a relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de ensino-aprendizagem; a relação entre os espaços de ensinar e trabalhar.**

Essa codificação revelou que havia unidades de registro que versavam sobre o mesmo tema, ou seja, as diferentes formas de abordar os temas revelavam idéias semelhantes.

Então, o terceiro passo foi a categorização por grupos de unidades de registro que traziam no seu significado elementos comuns, que tinham a mesma mensagem sobre o *conteúdo, relação entre os sujeitos e relação entre os espaços de ensinar e trabalhar* na Interação Comunitária. Este passo teve como primeiro objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos.

Apreendida a mensagem contida nos depoimentos, foram construídas as categorias empíricas (MINAYO 1993) relacionadas com as analíticas para se proceder à análise dos dados.

Verificando a categoria de análise do **processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem** através das diferentes falas dos sujeitos entrevistados foi possível construir quatro categorias empíricas:

- a) elaboração de conteúdos a partir da reflexão dos estudantes sobre as demandas da comunidade;

- b) conceitos que emergem da reflexão das práticas de saúde na comunidade;
- c) conteúdos que são mediadores na troca de saberes;
- d) conteúdos que atendem à singularidade do indivíduo e dão sentido ao trabalho.

A partir da categoria analítica **relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de ensino-aprendizagem** foram construídas três categorias empíricas:

- a) relação entre os estudantes de medicina e de enfermagem;
- b) relação entre os docentes/estudantes e profissionais de saúde;
- c) relação entre os estudantes e a comunidade.

Na categoria **relação entre os espaços de aprender e trabalhar** identificaram-se também duas categorias empíricas, que foram:

- a) relação aprender e trabalhar compromissada com o serviço de saúde e a comunidade;
- b) relação aprender e trabalhar como espaço de transformação das práticas de saúde .

Capítulo 3

***Interação comunitária como espaço de
construção curricular: a análise***

As unidades de registro reunidas neste texto permitiram a compreensão do potencial e dos limites da Interação Comunitária como espaço de construção curricular, que supõe concretizar o ideário UNI no sentido de produzir mudanças na formação dos profissionais de saúde.

3.1 O processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem

Os discursos dos sujeitos foram reveladores tanto do ponto de vista dos conteúdos estruturantes da Interação Comunitária como do processo de construção do conhecimento do estudante com base na prática das ações de saúde. O conteúdo é parcialmente construído no processo, levando em conta não somente as necessidades de ensino - aprendizagem previamente elaboradas segundo o programa acadêmico, mas também os problemas identificados pelos estudantes nas práticas desenvolvidas nos serviços e na comunidade.

A partir dos discursos, foi possível compreender como os conteúdos estão sendo incorporados e como interferem na organização das práticas desenvolvidas pelos estudantes.

Emergem quatro categorias empíricas à luz da categoria **processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem**.

- a) Elaboração de conteúdos a partir da reflexão dos estudantes sobre as demandas da comunidade;
- b) Conceitos que emergem da reflexão das práticas de saúde na comunidade;
- c) Conteúdos que são mediadores na troca de saberes;
- d) Conteúdos que atendem à singularidade do indivíduo e dão sentido ao trabalho.

- a) Elaboração de conteúdos a partir da reflexão dos estudantes sobre as demandas da comunidade

As unidades de registro apresentadas a seguir, revelam que o conteúdo da Interação Comunitária também é construído a partir do contexto e das demandas da população. As atividades dos estudantes definem-se pelos problemas identificados no desenvolvimento das práticas em seu trabalho de abordagem, estudo e investigação de temas relevantes para os serviços e comunidade.

“ ... a questão da amamentação foi uma solicitação das próprias gestantes porque, quando a gente aplicou o questionário para fazer uma avaliação do pré-natal na gestante, os estudantes foram às residências e fizeram uma coleta de dados sobre o que elas achavam do pré natal naquela UBS, tinha uma questão aberta sobre o que elas achavam de trabalho de grupo, e algumas delas acharam interessante....e algumas solicitaram como tema a amamentação”. (E 6)

Neste momento os estudantes são estimulados à busca de novas informações na literatura e através de consultorias⁶ para o desenvolvimento de ações de saúde de acordo com as necessidades da população. A construção do conhecimento se dá por um processo contínuo de intermediação entre o contexto onde as atividades são desenvolvidas e o conhecimento já produzido.

“Passamos uma fita ‘como amamentar o seu bebê’ ... em cima dessa fita os alunos tinham preparado ... fizeram

⁶ Consultores: são todos os docentes da FAMEMA em diversas áreas e especialidades, bem como alguns convidados de outras instituições que contribuem para a aprendizagem dos estudantes em assuntos de sua especialidade.

consultoria a respeito da amamentação... prepararam material de consulta mesmo em livros, entraram na Internet...". (E 6)

"... com relação ao trabalho de parto, ela estava sem saber onde é que ela podia ter o bebê ... então entrou numa série de outros assuntos também, além da amamentação". (E 6)

Num processo de reflexão, os estudantes passam a entender o lugar da prática na configuração de novos conteúdos. Os docentes reconhecem que os conteúdos vêm da reflexão dos estudantes sobre a prática, e acompanham e estimulam a produção de novos conhecimentos.

"... eu tenho que ganhar essa comunidade, de alguma forma, então quais as necessidades dela? Em cima das necessidades da comunidade a gente está tentando montar alguma coisa. Eu acho que se você montar em cima da necessidade, você tem grandes chances de ter sucesso". (E 5)

"... então se a gente colocar os estudante lá diante dessa realidade e o fizer pensar sobre isso - Olha, como é a história desse usuário, dessa família ... entendeu? Eu acho que fazê-lo refletir sobre isso, eu acho que a gente tem inúmeros conteúdos a serem discutidos, inúmeros ... e isso abre um campo muito grande para o aprendizado". (E 1)

- b) Conceitos que emergem da reflexão sobre as práticas de saúde na comunidade

A elaboração de alguns conceitos pelos estudantes torna-se possível pela vivência e reflexão das práticas de saúde na comunidade, quando os

estudantes desenvolvem ações de saúde junto ao indivíduo no contexto da família, do trabalho e da sociedade na qual ele vive. Os principais conceitos analisados foram: processo saúde-doença, práticas educativas e organização do serviço.

b1) Processo saúde-doença

Os entrevistados expressaram uma concepção de processo saúde doença que tem a ver com o modo de vida e de adoecer das pessoas com as quais convivem na comunidade, sobre a qual os estudantes estão refletindo na Interação Comunitária.

A aproximação dos estudantes das distintas formas de vida dos indivíduos, em um cenário real, pode ajudá-los a compreender os determinantes e as relações das doenças e das mortes com as situações sócio-econômica e ambiental dos indivíduos.

“ ... o aluno deixa de ver só a doença em si, ele está vendo os doentes, as pessoas com a doença delas e com o modo de vida delas, e com o que elas estão ...como as pessoas estão vivendo, vivem...”. (E 1)

A compreensão melhor do paciente, de sua condição de vida, cultura e costumes leva o estudante a construir o seu conhecimento a respeito da doença e dos problemas daquele paciente de maneira diferente da abordagem exclusiva nos livros.

“ Ir à casa ver os quatro filhos chorando, mulher brigando, a mãe da mulher batendo no marido, um horror que a gente vê... e o cara ali, você sabe o que dá hipertensão ... é aquilo, então você está vivenciando, aí você começa a compreender as doenças, porque ela existe naquela pessoa,

porque não existe na outra que tem mais ou menos os mesmos costumes, então você vai entendendo”. (E 10)

“ O paciente não consegue largar o sal, porque ele veio da Bahia, então ele come comida daquele jeito a vida inteira, ou senão porque ele não pode beber, mas bebe porque tem fome, porque ele não tem o que comer, então eu acho que a vivência do paciente, como ele vive, porque ele tem o modo de vida que tem, que é perigoso, ou porque é nervoso, porque está desempregado, acho que isso a gente não vê em livros e isso é só na prática”. (E 10)

O processo de ensino - aprendizagem da Interação Comunitária acontece num cenário fora do hospital que favorece a integração dos conhecimentos biológicos e sociais referentes ao processo saúde-doença dos indivíduos que vivem num determinado contexto socio-econômico-político. A integração dos conhecimentos biológicos e sociais é indispensável para a prática dos profissionais de saúde, orientada para o cuidado que tem como base uma concepção do processo saúde - doença determinado pelas condições de vida e trabalho dos indivíduos.

“ ... trabalhando com um problema da população , o estudante vai tanto priorizar esse problema, entender como acomete a população e ele vai também estar na UBS em contato mais direto com a população, para estar mais próximo do cliente e esse estar sendo escutado ...”. (E 1)

“ ...o aluno no hospital , com os recursos, quando ele recebe aquele paciente ele vê os recursos do hospital, ele receita remédios caros, mas ele não sabe as condições em que aquele paciente vive, os fatores ambientais daquele paciente

... então a IC , leva o aluno a ficar mais próximo à realidade em que vive o paciente. (E 3)

b2) Práticas educativas

O reconhecimento das condições de vida e das necessidades dos indivíduos direcionam as ações de saúde desenvolvidas pelos estudantes.

“...você passar informação para as pessoas é uma coisa bastante difícil se levar em consideração que você está trabalhando com um grupo de gestantes ... você tem que encontrar uma outra forma para falar, para que elas entendam aquilo que você está querendo dizer ... usar uma linguagem não científica ...”. (E 6)

“ ... entender como a sociedade vive, se organiza, enfrenta os problemas de saúde e a situação das pessoas, entendendo como elas adoecem e o tratamento; o estudante pode atuar na prevenção, na promoção...”. (E 3)

b3) Organização do serviço

A possibilidade dos estudantes de vivenciarem a organização e o funcionamento da UBS, por meio da participação direta no desenvolvimento de ações de saúde, pode permitir a formação de profissionais que aprendam a utilizar os recursos do sistema e da comunidade de maneira mais racional e permite também a incorporação do novo modelo de atenção.

“ ...permitir contato dos estudantes com a realidade da rede básica, com a comunidade, dentro da lógica da construção

do sistema de saúde, para terem contato e entenderem melhor essa realidade e poderem participar , poderem interagir com os outros parceiros e poderem fazer, praticar”.

(E 2)

“... entender o SUS na prática, na teoria também, ver o que está acontecendo E que possam estar inclusive se motivando, enquanto profissionais, para contribuir para a construção desse novo modelo”. (E 2)

“... não só discutir o modelo mas participar dessa organização, reorganização do modelo, eu acho que o aluno tem a responsabilidade de participar das atividades que estão sendo desenvolvidas nas UBS... dentro do modelo em construção ... que não é só voltada para o atendimento à demanda, a proposta é outra, é fazer vigilância ...”. (E 5)

C) Conteúdos que são mediadores na troca de saberes

Alguns conteúdos emergem da relação entre os distintos atores no processo de desenvolvimento das práticas de saúde, no contexto real de trabalho. As relações que possibilitaram novos conteúdos se deram entre os estudantes de medicina e enfermagem, entre os docentes/estudantes e os profissionais de saúde e entre os estudantes e a comunidade.

c1) A troca de saberes entre os estudantes de medicina e os de enfermagem

O trabalho conjunto entre os estudantes de medicina e os de enfermagem desde as séries iniciais dos cursos na FAMEMA, através da Interação Comunitária, propicia oportunidades concretas para que os estudantes aprendam, conheçam e respeitem os distintos saberes. É

reconhecido pelos estudantes que a aprendizagem acontece na relação e na disponibilidade de aprender com o outro.

“ A medicina e enfermagem juntas possibilitam uma troca de visão. Você tem ... a medicina tem uma visão, a enfermagem tem visão totalmente do outro lado, então você tem a capacidade de juntar as duas na Interação”. (E 11)

“ O que fica restrito em medicina, o que fica restrito em enfermagem, você tem como juntar as duas visões, então você por exemplo, a terapêutica medicamentosa, a farmacologia, então o pessoal de medicina pode estar ajudando... o acompanhamento , toda aquela questão da pós consulta, como é que é conversar com o paciente, eu acho que isso a enfermagem tem mais noção... eu acho que isso a enfermagem tem como auxiliar a medicina”. (E 10)

c2) A troca de saberes entre os estudantes e os membros da comunidade

A troca de experiências entre os estudantes e os membros da comunidade no desenvolvimento das práticas de saúde, propicia a construção de uma atitude de respeito e de valorização do conhecimento desta comunidade por parte dos estudantes.

“ ...os estudantes aprendem com a comunidade, eu acho que a comunidade conseguiu adquirir alguns conhecimentos relacionados ao tema desenvolvido”. (E 6)

“ Na IC 2, a gente fez visita domiciliária, no meu caso, para pacientes hipertensos faltosos, não deu muito certo por vários motivos, mas começou-se a fazer uma troca, troca

justa. Os pacientes ofereceram conhecimento a gente, serviço”. (E 1)

c3) A troca de saberes entre os estudantes e os profissionais da UBS

A compreensão do processo de trabalho na UBS e o reconhecimento do que cada um dos profissionais da equipe é capaz de realizar e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde, são conhecimentos e atitudes também desenvolvidos pelos estudantes na Interação Comunitária.

“É difícil o gerente se integrar na proposta de estar trabalhando junto, mas há um grande progresso, eu já vi o aluno ter dificuldades e ele vai até o gerente e este está aberto, ajuda o aluno, faz levantamento de dados com o aluno”. (E 1)

d) Conteúdos que atendem à singularidade do indivíduo e dão sentido ao trabalho

Os estudantes trabalhando próximos à comunidade e conhecendo a realidade de vida dos clientes, aprendem a reconhecer o outro nessa relação e a desenvolver práticas de saúde desenhadas em função das demandas desses clientes. É esta relação que permite conferir uma singularidade ao tratamento. Não se trata de um mesmo processo normalizado de ações de saúde que é aplicado na comunidade, não se trata de um pacote ou protocolo de atendimento.

“ ... a Interação Comunitária leva o aluno a ficar mais próximo à realidade em que o paciente vive ... então o aluno vai tomar uma posição, conhecendo como o paciente vive ... vai ter uma conduta na hora de prescrever um

medicamento caro, alguma coisa mais adequada àquele paciente, ao tipo de vida”. (E 1)

“... o indivíduo está doente, é tratado e pronto, dar cuidado e pronto, não via como um todo, que o paciente tem uma história de vida, que tem uma continuidade ao tratamento, que não é simplesmente passar uma receita ou orientar um cuidado e ele vai se virar.... Eu acho que tem que ver o indivíduo e sua história mesmo, como ele vive e isso não era feito (currículo tradicional), era biológico, a doença, ...”. (E 4)

Os estudantes no contexto da comunidade passam a entender que vão construir a relação com o cliente e o tratamento de forma singular, por toda a vida profissional. Os estudantes vão construindo as ações de saúde para darem respostas às demandas do cliente, reconhecendo que sua ação tem um destinatário, um cliente específico.

“ Eu (estudante) lembro que nós fomos na casa de uma senhora, ela estava tomando remédio, mas ela não tinha capacidade de lembrar do horário, então eu chamei a neta dela, que estava lá, que tinha 15 anos e expliquei para ela é isso, isso, isso... ela não deu muita importância para o que falei. Aí nós pensamos em falar com outros parentes, porque ela sozinha não tinha condições”. (E 11)

“Então ele (estudante) vai pensar na doença, ele vai pensar duas vezes antes, vai pensar nos recursos, sem esquecer o lado social desse paciente, como ele vive ...”. (E 4)

“... conhecer como são atendidos os pacientes numa UBS, a fila, etc. então eu acho que além de uma lição de vida

peçoal, aprendem no dia-a-dia a tratar, a ouvir... a atender melhor as pessoas ... aprendem a lidar com as pessoas”.

(E1)

“... a proximidade com as pessoas; eles (estudantes) desenvolvem uma comunicação melhor com as pessoas, eles se envolvem, assim, com o modo de vida dessas pessoas, e eles mostram que estão gostando de estar lá com essa população”. (E 3)

3.2 Relação entre os sujeitos das práticas de saúde e de ensino - aprendizagem

As atividades de ensino-aprendizagem na Interação Comunitária são construídas com base na prática, no cenário real de trabalho e nas relações entre os diversos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde. Foi possível nesta categoria identificar as diferentes percepções dos sujeitos envolvidos na Interação Comunitária, mostrando como são distintas as expectativas nestas relações e como não se evidencia uma proposta comum de trabalho entre os sujeitos.

Emergem três categorias empíricas à luz da categoria **relação entre os sujeitos das práticas de saúde**.

- a) Relação entre os estudantes de medicina e os de enfermagem;
- b) Relação entre os docentes/estudantes e os profissionais de saúde;
- c) Relação entre os estudantes e a comunidade.

a) Relação entre os estudantes de medicina e os de enfermagem

As diferentes visões dos estudantes de medicina e de enfermagem e o fato de um não conhecer o potencial do outro, dificultam o trabalho na Interação Comunitária, levando a certos conflitos. A Interação Comunitária é colocada como o espaço de resolver os conflitos, de se conhecerem e de se prepararem para o trabalho em equipe, sendo também compreendida como um espaço de envolvimento.

“ E na IC a gente percebe isso, logo no início a gente percebe que são bem separados mesmo, um não imagina o potencial, não conhece o potencial do outro, então parece que os estudantes de medicina menosprezam um pouco, eles não exploram a capacidade do outroo que os estudantes de enfermagem sabem, como atuam, eu acho que é uma maneira de conhecer cada uma das profissões”.
(E 4)

“É um espaço de se envolver com o outro curso. De fato ele (estudante de enfermagem) se envolve com os estudantes do outro curso, ele se envolve, ele pode trabalhar bem isso, ter conflitos, mas é um espaço para ele se envolver. E tem aquela coisa de disputa de poder e tal, mas é um espaço para trabalhar isso, para ter experiência. Ele gostando ou não, falando mal do aluno da medicina ou não , mas é um espaço para essa experiência. Eu acho que isso é muito bom”. (E 5)

“Os estudantes trabalham de forma muito diferente, eles tem um direcionamento do estudo diferente. E assim, até a

formação mesmo é diferente, e a vivência ali naquele campo em comum é um pouco difícil". (E 4)

b) Relação entre os docentes/estudantes e os profissionais de saúde

Na opinião dos estudantes e docentes, existem dificuldades e barreiras em suas relações com os profissionais de saúde que trabalham na UBS. Relatam ainda que a proposta da Interação Comunitária não está clara para os profissionais envolvidos. A relação está centrada apenas no desenvolvimento de procedimentos ou atividades da proposta acadêmica.

"Meu grupo sentiu que a gerente da nossa UBS ... ela era meio indisposta, ajudava a gente, mas não sabia, não estava disposta, parecia que a gente estava ali, e ela estava prestando um grande favor pra gente". (E 10)

"Quanto às pessoas da UBS a gente teve contato de vez em quando, mas não sabiam qual era a função delas, como podiam ajudar, se sabia o que nos estávamos fazendo lá Agora, este ano a gente chegou lá na UBS, e discutimos com a gerente ... quais os problemas que ela enfrentou no ano passado, e ela falou que o pessoal não sabia o que a gente estava fazendo lá". (E 10)

"Eu acho que este ano, ocorreu uma integração até do instrutor com a gerente (UBS), pode até estar falha em algumas UBS ... a gente trabalha os problemas de saúde da população, eu acho que houve um comprometimento também dos gerentes". (E 1)

"Com os funcionários a gente teve uma boa receptividade, tudo que nós solicitávamos eles nos atenderam

prontamente.... Mas eu não sei até que ponto eles tinham entendimento do que a gente estava fazendo ali”. (E 6)

“... a gente ir (UBS) uma vez por semana, eu acho que não dá tempo de você criar uma relação, um vínculo, fica uma coisa meio, que você cai de paraquedas para ficar algumas horas lá dentro”. (E 2)

As gerentes das UBS, que são enfermeiras, percebem a relação entre os atores como amigável e receptiva, em nível de relações pessoais - profissionais da UBS, dos docentes e dos estudantes. Entendem que há facilidades para o trabalho dos estudantes quando os funcionários colaboram nas tarefas, e que não há relação com os médicos no desenvolvimento do trabalho dos estudantes. Não foi possível identificar um objetivo comum, uma proposta de parceria entre os sujeitos envolvidos na Interação Comunitária.

“O docente tem uma experiência grande... então eu (gerente) queria poder ter contato com ele, e saber o que eu posso melhorar para vocês poderem estar atuando aqui (UBS)...”. (E 8)

“Quando os estudantes necessitam de algum dado, precisam de ajuda de algum funcionário, aí eu (gerente) vou, estabeleço alguém para estar ajudando e isso aí não teve problema”. (E 6)

“É um trabalho até que bacana dos alunos com os funcionários, mas, com os médicos, eles estão um pouquinho mais distantes, exceto quando eles precisam de experiência no consultório”. (E 7)

“Juntos, a gente consegue crescer, porque nós (serviço) temos a nossa visão, e eles tem a deles, e quando nós nos encontramos nós podemos colocar as prioridades e saber direcionar o que podemos fazer e aí então eles atuam também com os alunos”. (E 8)

“Com a Interação Comunitária, os docentes têm vindo aqui (UBS), eles também têm se mostrado assim ... tudo bem que está tudo começando, nós, eles, essa relação, mas eles também tem se mostrado receptivos e abertos, em detectar assim, querer saber nossas necessidades e poder trabalhar junto conosco isso daí e desenvolver o que nós temos, o que nós temos como objetivo”. (E 8)

c) Relação entre os estudantes e os membros da comunidade

A relação dos estudantes com os membros da comunidade acontece quando os estudantes realizam determinadas ações de saúde direcionados à comunidade. Não se identificou nas frases dos entrevistados a participação da comunidade como integrante ativo de um projeto ou proposta de trabalho na área de abrangência de atuação dos estudantes.

“ Eles (estudantes) foram lá, fizeram trabalho de grupo, levantaram dados, levantaram todos os prontuários de gestantes, coletaram dados nas casas das gestantes. Então houve essa relação com as gestantes, mas também houve dificuldades, houve algumas gestantes que não quiseram receber. Aí, eles precisavam voltar num outro horário, depois das seis horas da tarde, porque muitas eles não encontraram”. (E 6)

3.3 A relação entre os espaços de aprender e trabalhar

Os espaços de aprender e trabalhar a que os entrevistados se referem na Interação comunitária são diversificados e reais. Os espaços de aprender e trabalhar podem ser os físicos que se constituem nas casas , na UBS e outro espaço comunitário, ou pode ocorrer na interação propiciada pelos programas de atenção à saúde ou mesmo nas atividades desses.

à luz dessa categoria **relação entre os espaços de aprender e trabalhar** emergem duas categorias empíricas:

- a) Relação aprender e trabalhar compromissada com o serviço de saúde e a comunidade;
- b) Relação aprender e trabalhar como espaço de transformação das práticas de saúde .

a) Relação aprender e trabalhar compromissada com o serviço de saúde e a comunidade

Com a intencionalidade de contribuir para a resolução dos problemas de saúde da comunidade, identifica-se neste cenário uma preocupação com a continuidade do processo de intervenção, provocando ao docente e ao estudante um maior compromisso no seguimento dos problemas de saúde.

“A Interação comunitária é uma unidade que existe no currículo com objetivo de inserir o aluno na rede básica ... para o aluno estar conhecendo mais de perto os problemas de saúde que acometem aquela população e ele está tentando trabalhar na intervenção desses problemas, mesmo, e acompanhar esse paciente com esse problema de saúde que ele apresenta”. (E 5)

“... Este ano o objetivo é trabalhar com o hipertenso; vai dar para a gente fazer uma continuidade para esse grupo de

estudantes continuar trabalhando ano que vem com os hipertensos... atividades de grupo de orientação ao hipertenso, visita domiciliária aos hipertensos faltosos, entrevista com os hipertensos na pós consulta". (E 1)

Os indivíduos/pessoas na comunidade são reconhecidos como o espaço privilegiado de atuação do estudante no processo saúde-doença, propiciando a ampliação da visão da doença presente na esfera hospitalar.

"... é importante que aluno se desospitalize, para que ele saia de uma visão hospitalar, e passe para uma visão mais de comunidade, de pessoa, onde esta comunidade adoece". (E 3)

"... Você está dentro do serviço prestador de saúde, mas não é hospital. Eu acho que isso é a validade maior na Interação Comunitária, então você não está trabalhando com a doença, você está trabalhando muito mais as pessoas...". (E 10)

b) Relação aprender e trabalhar como espaço de transformação das práticas de saúde

Ao perceber em novas demandas de trabalho, e ao reconhecer em novos conteúdos necessários ao desenvolvimento de ações de saúde em função dessas demandas, os estudantes vão redefinindo as práticas de saúde no contexto do serviço. O estudante pode ser visto assim como agente de transformação das práticas de saúde, e o serviço sofre o impacto das ações destes agentes.

“Os programas de atenção à saúde estão iniciando e os estudantes estão ficando juntos com a gente (serviço). Então assim, a UBS está criando uma rotina para estes programas onde os alunos já estão inseridos, e onde eles estão ajudando. Mais de 50% das visitas domiciliares eles estão fazendo, e os atendimentos dentro da UBS ajudam muito a gente”. (E 7)

“ .. se a gente tiver uma avaliação de como é o pré natal hoje e como é que ele vai ficar após a adoção de um programa, com a contribuição dos estudantes, vamos ter uma noção do que melhorou ou do que não melhorou”. (E 6)

“Do trabalho conjunto, por exemplo, no grupo de hipertensos, em que o número de pessoas está aumentando, estão sendo 2 grupos de 15 cada um Eu (gerente) creio que seja reflexo da turma do 2º ano, que está fazendo visita, inclusive para os faltosos”. (E 7)

“Eu (docente) tentei passar para os estudantes essa questão de trabalhar a comunidade, qual a importância do pré-natal, o que isso traz de melhoria para a diminuição da mortalidade infantil. Os estudantes terem um visão do porquê que essa coisa existe, do porquê que ela acontece, e por que ela é dessa forma. Mesmo sendo pequeno, em que pode a situação das gestantes estar melhorando de alguma forma nesse processo”. (E 6)

Capítulo 4

Interação Comunitária: uma nova síntese

O referencial teórico-metodológico adotado neste estudo permitiu elaborar uma nova síntese sobre a unidade de Interação Comunitária na perspectiva do currículo como práxis e baseado na comunidade. Permitiu identificar as possibilidades de produzir mudanças na formação dos profissionais de saúde, tendo como base a integração com o serviço de saúde e com a comunidade e, ao mesmo tempo, evidenciar os limites do trabalho em parceria.

O significado apreendido na categoria processo de produção de conteúdos de ensino-aprendizagem é o de um processo que possibilita a integração do conhecimento, no qual diversas disciplinas são mobilizadas para sustentar as ações de intervenção do estudante na comunidade. Dessa maneira, o conhecimento é construído interdisciplinarmente. Não se trata mais de aprender primeiro todas as disciplinas isoladamente para aplicá-las numa prática profissional futura.

A base interdisciplinar dos conteúdos é construída pela relação estabelecida entre os sujeitos das práticas e pela relevância social das ações de saúde desenvolvidas por eles. É dada pela pertinência do trabalho com a comunidade e não pela pertinência disciplinar, que orienta os currículos ditados pelas exigências acadêmicas, e elaborados pela perspectiva de transmissão de conteúdos universais.

Os conteúdos são construídos em processo pelos estudantes, no desenvolvimento das práticas de saúde e na relação com o professor, os colegas, os membros da comunidade e os profissionais de saúde. Essas práticas são construídas e reconstruídas por um processo contínuo de ação-reflexão-ação dos estudantes no contexto do serviço de saúde.

Nesse sentido, a Interação Comunitária aproxima-se de um processo de ensino-aprendizagem mais autônomo, no qual o estudante deve buscar a informação necessária para a sua formação e deve ser capaz de resolver problemas reais da prática diária.

A disposição de aprender com o outro - membros da comunidade, colegas, profissionais do serviço de saúde - e aprender a reconhecer os distintos saberes existentes são possibilidades encontradas nesta unidade

educacional. Essa disposição propicia a construção de uma atitude de respeito e de valorização do conhecimento do outro e proporciona aos estudantes a compreensão do trabalho das distintas categorias profissionais em saúde e o preparo para o exercício em equipe multiprofissional.

A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional que foram considerados por VILASBÔAS e PEDUZZI⁷ (1997) como elementos imprescindíveis para lidar com a complexidade do processo saúde-doença em suas dimensões biológica, cultural, social, econômica, política, foram identificados na Interação Comunitária.

O processo de ensino-aprendizagem na comunidade permite a incorporação de temas relacionados à produção social da saúde, à organização e funcionamento dos serviços, bem como à compreensão do processo saúde-doença de uma forma mais ampliada.

Conhecer a população, ver de perto seus problemas de saúde, planejar a intervenção requerida e acompanhar os clientes, foi apontado pelos entrevistados como um dos conteúdos relevantes para a aprendizagem dos estudantes na Interação Comunitária. Esse processo tem como base a concepção pedagógica problematizadora, em que o objeto de estudo emerge da realidade a ser transformada.

Nesse sentido, o conteúdo da Interação Comunitária atende às preocupações identificadas por autores como BYRNE e ROZENTAL (1994) que definem que a educação preocupada com a saúde da população deve “integrar a saúde e sua promoção, os problemas comunitários e a compreensão das pessoas em sua totalidade, dos valores sociais e da comunidade. Os métodos devem ser ativos e autodirigidos com o fim de promover a capacidade dos estudantes de aprender e comunicar-se” (p. 58).

⁷ Vilasbôas AL, Peduzzi M., relatoras. Estratégias de articulação e dificuldades de integração entre as diferentes disciplinas curriculares, as várias categorias profissionais e as múltiplas especialidades envolvidas no trabalho profissional e pedagógico em saúde. [Oficina sobre formação de recursos humanos e organização do trabalho assistencial, realizada no V Congresso da ABRASCO e V Congresso Paulista de Saúde Pública; 1997 set. 25 e 26; Águas de Lindóia, São Paulo].

A ênfase no modelo biomédico na formação dos profissionais da saúde, afastou a singularidade do sujeito e seu contexto, reduzindo o cliente à doença, esta ao seu substrato patológico, processo no qual o doente acaba sendo reduzido a uma representação da doença anátomo-patológica. Desta maneira, o cuidado passa a ser fragmentado, normalizado e protocolado. Nos currículos “tradicionais” dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA, podia-se constatar claramente esta abordagem.

Nos novos currículos há a possibilidade de aprender com o cliente, no espaço de produção e reprodução do processo saúde-doença, o que permite uma abordagem singular do plano de cuidados, o qual passa a ser centrado no sujeito, entendido como um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. A Interação Comunitária é um cenário privilegiado para a construção desse “novo” sujeito tal como na proposta de CAMPOS⁸ (1996): que a “clínica moderna deve sustentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade” (p. 3).

A unidade de Interação Comunitária pode contribuir não só para a formação profissional, mas também para a revisão do modelo tecno-assistencial da UBS. Quando implementam ações de promoção e educação de saúde, de acordo com a realidade da população no contexto dos serviços de saúde, os estudantes estão recuperando ações que conformam a base da constituição da UBS.

Nesta experiência, os estudantes estão sendo estimulados a repensar o modelo de saúde da UBS e seus efeitos, com oportunidade de adquirir novos comportamentos, valores, atitudes e habilidades em relação à prática médica e de enfermagem.

As diferentes percepções dos atores sociais envolvidos na Interação Comunitária entrevistados neste estudo - estudantes, docentes, profissionais

⁸ Campos GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Marília; 1997 [Texto apresentado na oficina de capacitação avançada de docentes - Faculdade de Medicina de Marília]. [mimeo]

de saúde - mostraram que as expectativas são distintas. A situação encontrada aponta que há necessidade de rever os acordos de trabalho entre academia e serviço de saúde e o próprio entendimento da proposta, para que a parceria no nível operacional possa ser concretizada.

Na Interação Comunitária, as relações dos sujeitos das práticas de saúde foram vistas como um espaço de aprendizado no que se refere ao manejo dos conflitos inerentes às relações profissionais e preparação do estudante para o trabalho em equipe.

As relações estão sendo construídas, ainda que com base nas relações pessoais, num movimento de ganhar confiança, respeito e mostrar compromisso.

Compreendemos o sentido desse movimento de construção das relações, pois durante anos a FAMEMA manteve uma postura de usuária de espaços no serviço de saúde, com muitos conflitos e reduzidas contribuições no que se referia às necessidades do serviço de saúde e da comunidade. É sabido que muitas vezes a universidade se posicionou como a dona do saber e da verdade, e que esta posição dificultou em muito as relações de parceria entre serviço e academia. Este também foi o caso da FAMEMA.

A Interação Comunitária se orienta no sentido do estabelecimento de outras bases de trabalho, mas ainda há muito que avançar nas relações serviço, academia e principalmente com a comunidade. Acreditamos que as relações requerem tempo para se transformar e consolidar novas práticas de negociação de interesses.

A comunidade está presente no contexto da Interação Comunitária como um ator ainda passivo das ações de saúde, como receptora das ações de saúde oferecidas pelo serviço e pela academia, mantendo inalterada a sua postura em relação à Escola. E não será só a relação da academia com a comunidade que poderá mudar esta postura; o serviço de saúde e a comunidade também precisam enfrentar e superar seus problemas e visões, e estabelecer novas formas de relação.

Os espaços de aprender e trabalhar também foram constituídos de forma distinta na área da saúde. A universidade, ao longo da história,

construiu seus próprios espaços de ensino representados pelos hospitais universitários, ambulatórios didáticos e centros de saúde-escola, que foram cada vez mais adaptados para necessidades de aprendizagem ditadas pelo modelo flexneriano e afastados da realidade e dos problemas reais da população e da organização dos serviços de saúde. Desta forma, estabeleceram barreiras e reproduziram a clássica separação entre os espaços de aprender e trabalhar. Isto levou à formação de profissionais de saúde sabidamente despreparados do ponto de vista de sua capacidade de atender e resolver os problemas de saúde da comunidade.

A busca de alternativas para esta questão vem ao encontro das proposições de não dissociação dos âmbitos da educação e do trabalho na construção dos conteúdos curriculares para a formação de recursos humanos em saúde (CASTANHEIRA e SADER 1997)⁹.

A proposta, na Interação Comunitária, de atuar no espaço real de trabalho dos profissionais de saúde, de colocar os estudantes no processo de produção de saúde, convivendo com a comunidade, desperta uma sensibilidade maior para os seus problemas. Ao mesmo tempo, a presença dos estudantes precocemente nos espaços dos serviços de saúde, de forma contínua e compromissada, é uma contribuição na produção e nas transformações das práticas.

As bases do trabalho da Interação Comunitária constituem-se num caminho propício para a construção de parcerias e de novas relações. Mesmo considerando que a academia tenha ainda uma presença hegemônica e a comunidade uma postura passiva, as relações que estabelecem são dinâmicas. Precisamos entender o processo da parceria e seus tempos, para poder construir este caminho na perspectiva de construção social, em que todos os atores são considerados como participantes ativos no processo.

⁹ Castanheira E, Sader N. Oficina sobre formação de recursos humanos e organização do trabalho assistencial. [Realizado no: V Congresso da ABRASCO e V Congresso Paulista de Saúde Pública. 1997 set 25 e 26; Águas de Lindóia, São Paulo].

Considerações finais

Analisando os achados deste estudo à luz do quadro teórico exposto no início do trabalho, construído com base em GIMENO SACRISTÁN (1998), entendemos que a unidade educacional de Interação Comunitária expressa um currículo enquanto configurador da prática.

A preocupação com uma prática integradora está presente nas situações vivenciadas pelos estudantes. Nelas ocorre concretamente a integração de conteúdos, sustentada pela ação-reflexão-ação dos atores dessa prática num mundo real – uma construção social – que envolve conflitos, contradições, interações e problemas sociais e culturais do mundo do trabalho. Os estudantes são agentes da elaboração de seu próprio conhecimento.

Reconhecemos o caráter social da unidade de Interação Comunitária, enquanto currículo configurador da prática, pois vem cumprindo o objetivo básico da socialização dos estudantes, que é prepará-los para a sua incorporação ao mundo do trabalho, pois estão desenvolvendo além de conteúdos, idéias, habilidades, a formação de disposições, atitudes, interesses e comportamentos que compõem seu perfil profissional.

Considerando ainda o processo de construção, implementação da unidade de Interação Comunitária e, embora parciais, os resultados deste estudo, acreditamos que esta unidade educacional é a expressão da institucionalização da parceria – academia, serviço de saúde, comunidade – tal como proposto no ideário UNI (KISIL e CHAVES 1994), parte do quadro teórico deste estudo .

Várias questões neste estudo apontam a Interação Comunitária como uma unidade de prática educativa transformadora, com potencial para contribuir efetivamente na formação de médicos e enfermeiros, produzindo profissionais diferentes dos atuais, como coloca FEUERWERKER (1999) no sentido de “serem capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em

que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes” (p. 22).

Todavia, destacamos uma preocupação em relação o quanto essa prática educativa transformadora também está presente nas demais unidades educacionais dos dois cursos. Pois, não acreditamos que somente a Interação Comunitária seja capaz de transformar o perfil do médico e do enfermeiro formados na FAMEMA.

Temos que fazer uma distinção entre os currículos de medicina e de enfermagem, para refletirmos sobre essa preocupação. Como apresentamos anteriormente as diferenças entre os currículos explicitam os lugares diversos que a Interação Comunitária ocupa nesses currículos.

No currículo de enfermagem há uma aproximação entre a Interação Comunitária e as demais unidades educacionais, quanto aos processos pedagógico e metodológico, a abordagem de certos referenciais teóricos e conteúdos, e ainda quanto ao exercício em cenários reais de prática profissional. Consideramos que o conjunto das situações educacionais do curso de enfermagem está em sintonia com a Interação Comunitária, com potencial para mudar o perfil do enfermeiro formado na FAMEMA.

No currículo de medicina, da 1ª à 4ª séries, a Interação Comunitária ocupa uma posição privilegiada e única para o exercício de prática profissional em cenário real, no mundo do trabalho, diferenciando os seus processos pedagógico e metodológico, os referenciais teóricos e os conteúdos das demais unidades educacionais do curso. Esta diferença, mesmo considerando todas semelhanças na condução do processo de ensino-aprendizagem em pequenos grupos e centrado no estudante, traz importantes desafios para o docente e para o estudante.

As concepções que regem o trabalho docente ainda não permitem que muitos dos referenciais teóricos e metodológicos, incorporados pela Interação Comunitária, sejam também incorporados nas demais unidades educacionais e que permeiem todo o processo educacional. Essas concepções são incorporadas pelos estudantes ao longo do processo educacional, trazendo muitos conflitos “traduzidos numa reação a conteúdos

e práticas não legitimados, numa *apartheid* inequívoco, numa posição hierárquica inferior no conjunto das unidade educacionais, mesmo no novo currículo” (RIBEIRO 2000, p.121), dificultando a adesão dos estudantes nas atividades da Interação Comunitária.

Há ainda, no processo de desenvolvimento curricular permanente da Interação Comunitária, muitas questões a serem desvendadas, explicitadas, refletidas, resolvidas, etc.

Transformar o currículo real implica em transformar as pessoas: docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários do serviço de saúde, todos com seus filtros paradigmáticos próprios, pois só assim teríamos a possibilidade de concretizar um currículo verdadeiro baseado na comunidade.

Esse difícil processo de construção das práticas educativas transformadoras da Interação Comunitária, tem sido avaliado como uma instigante experiência, e de valor inestimável, para concretizar as diretrizes que orientam os novos currículos da FAMEMA.

Referências

Almeida MJ. **Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudanças**. São Paulo; 1997. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Apple MW. Repensando ideologia e currículo. In: Moreira AFB, Silva TT. organizadores. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez; 1994. p. 39-56.

Barbaran de López LOJG. **Uma aproximação à avaliação comunitária em SILOS: o projeto UNI-Marília**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

Blejmar B, Almeida M. Mudança organizacional e transformação social. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Um olhar analítico**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p. 17-45.

Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación para la educación médica en América Latina. **Educ Med Salud** 1994; 28: 53-93.

Bourdieu P. **O desencantamento do mundo: estruturas econômicas e estruturas temporais**. São Paulo: Perspectiva; 1979.

Brasil. **Diretrizes e bases da educação nacional, lei 9.394/96**. São Paulo: UDEMO; 1997.

Brasil. Lei n.8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez 1999. Seção 1.

Castro RAP de, Adami NP, Rigaud HMG, Stefanelli MC. Currículo do curso de graduação em enfermagem e a política nacional de saúde. **Rev Esc Enf USP**. 1989; 23:99-125.

Chaves MM. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulg Saúde Debate** 1994; (9):5-9.

Chaves MM. Educação das profissões da saúde: perspectivas para o século XXI. **Rev Bras Educ Med** 1996; 20: 21-7.

Chaves MM, Kisil M. Origens, concepções e desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Um olhar analítico**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p.1-16.

Chaves MM, Rosa AR, organizadores. **Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez; 1990.

Chirelli MQ. **O processo de municipalização dos serviços públicos de saúde em Marília - S.P., 1983 a 1992**. Ribeirão Preto; 1995. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

Chirelli MQ, coordenadora. **Introdução ao curso de enfermagem**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília;1999.

Chizzotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995. Da pesquisa qualitativa; p. 77-87.

Coll C. **Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar**. 4ª ed. São Paulo: Ática; 1999.

Cunha IMRF. Análise documentária. In: Smit JW, coordenador. **Análise documentária: análise da síntese**. Brasília: IBICT; 1987. p.37-60.

Delors J, Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. **Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.

De Pree M. O contexto da mudança. In: Engel C, Majoor G, Vluggen P, coordenadores. **Educação de profissionais de Saúde orientada para a comunidade: uma seleção das publicações da Network**. Maastricht: Network publications; 1999. p. 11-25.

Doll Jr WE. **Currículo: uma perspectiva pós-moderna**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Dussault G. Avaliação preliminar das dimensões estratégicas do programa UNI. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Um olhar analítico**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p. 115 -128.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. **Projeto UNI- Marília: uma nova iniciativa na formação de profissionais de saúde; união com a comunidade**. Marília; 1992.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. Projeto UNI - Marília.

Relatório de avaliação do 2º ano: jul./94 a jun./95. Marília; 1995.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. Projeto UNI - Marília.

Relatório de avaliação do 3º ano: Jul./95 a jun./96. Marília; 1996.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. **Projeto FAMEMA 2000:**

Consolidação. Marília;1998a.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. Projeto UNI - Marília.

Relatório de Avaliação: Fase de consolidação 1º ano, março/97 a março/98. Marília; 1998b.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. Projeto UNI - Marília.

Relatório de Avaliação: Fase de consolidação 2º ano, abril/98 a agosto/99. Marília; 1999a.

[FAMEMA] Faculdade de Medicina de Marília. **Projeto FAMEMA 2000.**

Relatório de atividades do 1º ano: agosto/98 a novembro/99. Marília; 1999b.

[FAMEMA, SMHSM, CONSAÚDE] Faculdade de Medicina de Marília, Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, Consaúde.

Reestruturação do modelo técnico-assistencial para a rede básica da secretaria municipal de higiene e saúde de Marília. Marília;1998.

Ferreira JR. A educação médica na América Latina 20 anos após o estudo de Juan Cesar Garcia. **Rev Bras Educ Med** 1992; 16(1/3):11-5.

Feuerwerker LCM. **Mudanças na educação médica & Residência médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec; 1998.

Feuerwerker LCM. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. **Rev Bras Educ Méd** 1999; 23:21-37.

Feuerwerker LCM, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de recursos humanos com base nas experiências IDA/UNI. **Divulg Saúde Debate** 1996; (12):24-8.

Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Um olhar analítico**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p.47- 82.

Fracolli LA, Silva RF. Organização de conselhos locais de saúde, a experiência do município de Marília. **Divulg Saúde Debate** 1995; (11):78-81.

Freire P. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Gimeno Sacristán J. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez AI. **Compreender e transformar o ensino**. 4^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Giroux HA, Simon R. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez;1994. p. 93-124.

Goodson IF. **Currículo: teoria e história**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.

Haguet MTF. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.

Izquierdo J. A comunidade como essencial dos Projetos UNI. In: Kisil M, Chaves MM, editores. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg; 1994. p.51-61.

Johnson Jr M. Definições e modelos na teoria do currículo. In: Messick RG, Paixão L, Bastos LR. **Currículo: análise e debate**. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. p.13-32.

kellogg Foundation . **Enfermeria del siglo XXI en America Latina**. 1991.

Kisil M. Presentación. In: kellogg Foundation . **Enfermeria del siglo XXI en America Latina**. 1991.

Kisil M. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. **Divulg Saúde Debate** 1996; (12):5 -14.

Kisil M, Chaves MM, editores. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg; 1994.

Komatsu RS. Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular. **Rev Bras Educ Méd** 1999; 23:32-37.

Komatsu RS, Lima VV, Zanolli MB, Chirelli M, Costa MCG. Trilhando novos caminhos: uma experiência inovadora. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América**

Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 2: As vozes dos protagonistas. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999a. p. 307-316.

Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VV, Branda LA, Padilha RQ, editores. **Guia de processo de ensino - aprendizagem.** 2^a ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 1999b.

Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VV, Padilha RQ, Chirelli M, Menita RHG et al. **Manual FAMEMA 1999.** Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 1999c.

Lavado EL, Nunes EFPA, Campos JJB, Bogato MLG, Morita MC, Takahashi OS et al. Novas diretrizes curriculares [editorial]. **Olho Mágico** 1999; 5 (esp):1-3.

Libanê JC. **Didática.** São Paulo: Cortez;1994.

Libanê JC. Os campos contemporâneos da didática e do currículo: aproximações e diferenças. In: Oliveira MRNS, organizador. **Confluências e divergências entre didática e currículo.** Campinas: Papyrus; 1998. p.53-92.

Loureiro S. Conceitos e estratégias de integração com os serviços de saúde através do desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS). In: Kisil M, Chaves MM, editores. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde.** Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg; 1994. p.37-49.

Luckesi C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez;1990. Conteúdos de ensino e material didático; p.133-45.

Macedo CG. Apresentação. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Um olhar analítico**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p. xi.

MacLaren P, Leonard P, Gadotti M. **Paulo Freire: poder, desejo e memórias da libertação**. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Marília. **Lei Orgânica do Município de Marília de 04 de abril de 1990**. 2ª ed. Marília: Câmara Municipal de Marília; 1990a. 51p.

Marília. **Lei Complementar n. 02 de 14 de dezembro que regulamenta o “Conselho Municipal de Saúde”**. Marília: Secretaria Municipal da Administração; 1990b.

Marília. Prefeitura Municipal. **Plano de saúde: 1997/2000**. Marília, 1997.

Marília. Prefeitura Municipal. **Marília dados**. Marília, 1994.

Marsiglia RG. **Relação ensino/serviço: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; 1995.

Martins RO. É hora de estabelecer as diretrizes curriculares. **Olho mágico** 1999; 5 (esp):6-7.

Matus C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA; 1993. 2v. (série IPEA, 143).

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1993.

Moreira AFB, Silva TT. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: Moreira AFB, Silva TT. organizadores. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez; 1994. p. 7-36.

Moreira AFB, organizador. **Currículo: questões atuais**. Campinas: Papirus;1997.

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **Informe final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de Las Américas: Plan Decenal de Salud**; 1973; Washington. (Documento oficial; 118).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **La educación del personal de salud centrada en la comunidad: informe de um grupo de estudio de la OMS**. Geneva; 1987. (Serie de informes técnicos, 746).

[OPAS, MS, MPAS,MEC] Organização Pan Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura. **Programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil**. Brasília; 1979.

Padilha R Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social: estudo de um caso**. São Paulo; 1996. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Rede Unida. Novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde: contribuição da Rede Unida. **Boletim da Rede Unida** 1998; 2:2.

Rede Unida. Capacitar para integrar [editorial]. **Boletim da Rede Unida** 1999; 3:1.

Ribeiro E C O. Planejamento educacional em grupos multidisciplinares: uma experiência de assessoria no desenvolvimento de unidades de ensino na Faculdade de Medicina de Marília. **Caderno CE**. 2000; 1: 117-122.

Roddie IC. The Edinburgh Declaration [letter]. **Lancet** 1988; 2(8616): 908.

Rosa AR. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: Kisil M, Chaves MM, editores. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg; 1994. p. 25-36.

Santos M. O retorno do território. In: Santos M, Souza MAA, Silveira, ML. organizadores. **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec-Anpur; 1994.

São Paulo (Estado). Convênio no 01/88 -ERSA - 45. Celebrando entre o Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, e o Município de Marília com interveniência do INAMPS objetivando implantar a integração dos serviços de saúde que atuam no município propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. São Paulo, 21 abr., 1988. Seção 1, p.6-7.

Saviani D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. Campinas: Autores associados; 1997.

Silva RF. **Generic competencies required by nurses and doctors in a primary health care team**. Dundee (Scotland); 1998. [Master thesis - Centre for Medical Education. University of Dundee].

Silva RF, coordenadora. **Interação Comunitária: IC 1**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2000a.

Silva RF, coordenadora. **Interação Comunitária: IC 2**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2000b.

Silva RF, coordenadora. **Interação Comunitária: IC 3**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2000c.

Silva RF, coordenadora. **Interação Comunitária: IC 4**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2000d.

Silva RF, Pereira SMSF, Padilha RQ. **Os serviços e a comunidade como parceiros: inovando conteúdos e cenários**. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 2: As vozes dos protagonistas**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p.193-199.

Stockins B. Introdução. In: **Educação de profissionais de Saúde Orientada para a comunidade**. Maastricht: Network publications; 1999. p.7.

Tancredi FB. Prefácio. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças. Tomo 1: Teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p.xiii-xxii.

Teixeira C F, Paim J S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectiva. **Divulg Saúde Debate** 1996; (12):19-23.

Tyler RW. **Princípios básicos de currículo e ensino**. Porto Alegre: Globo;1976.

[WFME] World Federation For Medical Education. **Recommendations of the World Summit on Medical Education. The Changing Medical Profession.** Edinburgh; 1993.

[WHO] World Health Organization. **Report of the International Conference on Primary Health Care Alma Ata.** Geneva; 1978. (Health for All series, 1).

[WHO] World Health Organization. **A guide to curriculum review for basic nursing education. Orientation to primary health care and community health.** Geneve; 1985.

Anexo: 1

Termo de responsabilidade do pesquisador e
Consentimento do entrevistados

Marília, 18 de outubro de 1999

Prezado (a) Sr.(a)

Estou realizando um estudo sobre a unidade educacional de Interação Comunitária que é desenvolvida com os estudantes de medicina e enfermagem na Unidade Básica de Saúde.

Para esse fim pedimos sua colaboração respondendo a uma entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, sobre sua experiência com esta unidade educacional. Esclarecemos que a decisão de participar é pessoal e será totalmente respeitada. As informações fornecidas pelo Sr. (a) será tratada com absoluto sigilo.

Não há necessidade que o sr.(a) se identifique, será garantido o anonimato e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa.

Esperamos poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente

Roseli Ferreira da Silva

De acordo:

Entrevistado

Anexo 2

Roteiro das perguntas iniciais utilizadas com os docentes

1. Na sua experiência, qual o propósito da unidade de Interação Comunitária?
2. Qual o trabalho que vocês estão desenvolvendo na Interação Comunitária?
3. O que a Interação Comunitária representa para os envolvidos? Quais os ganhos?

Roteiro das perguntas iniciais utilizadas com os gerentes

1. O que é para você a unidade de Interação Comunitária?
2. O que de fato a unidade de Interação Comunitária contribui com a UBS?
3. O que a Interação Comunitária representa para os envolvidos? Quais os ganhos?

Roteiro das perguntas iniciais utilizadas com os estudantes

1. O que é para você a unidade de Interação Comunitária?
2. Como tem sido a sua experiência na unidade de Interação Comunitária/UBS?
3. O que a Interação Comunitária representa para os envolvidos? Quais os ganhos?