**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA GUISARDI PEREIRA

**ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA A CONSTRUÇÃO
DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE: EM FOCO O DISTRITO
DO BUTANTÃ**

**SÃO PAULO
2007**

JULIANA GUISARDI PEREIRA

**ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA A CONSTRUÇÃO
DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE: EM FOCO O DISTRITO
DO BUTANTÃ**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre.**

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora:

Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli

São Paulo

2007

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pereira, Juliana Guisardi.

Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã. / Juliana Guisardi Pereira. – São Paulo, 2007.

124 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli.

1. Vigilância da população
2. Integração docente-assistencial
3. Modelos de atenção à saúde I. Título.

DEDICATÓRIA

Ao George, por completar meu sentido de existir e lutar. Sempre torcendo pelo meu sucesso profissional e incentivando-me a alcançá-lo.

Aos meus pais Claudicilio e Maria Aparecida, pela forma sábia, honesta e carinhosa com que, sem medir esforços, me apóiam em cada etapa da minha vida.

A minha irmã Marina que, apesar da distância que causa saudade, caminha certa de seu lugar neste mundo.

As minhas avós Olímpia e Ida, que com pequenos gestos nos ensinam grandes lições.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli, pela sua imensa capacidade em acolher e orientar os rumos desse trabalho, contribuindo para meu crescimento científico.

À professora Maria Rita Bertolozzi, por sua inestimável contribuição para a elaboração desta pesquisa.

Aos colegas Márcia Regina Kretzer, Wânia Regina Veiga Martines e Ramiro Fernandes Pedro, pela oportunidade e total apoio que me dispensaram, tornando possível a realização desse trabalho.

A minha querida equipe da área I da UBS Reunidas I, que pacientemente compreenderam minhas ausências e carinhosamente torceram por mim.

Aos amigos (em ordem alfabética): Ana Elisa Sena Klein da Rosa, Audrea Mie Matsumoto Rolim, Carla Roberta Tejos, Débora Irias de Sant'ana, Elionai Ferreira dos Santos, Jacqueline Sinhoretto, Josefina dos Santos, Julia Cássia de Melo e Samuel Bispo dos Santos, por simplesmente acreditarem em mim e, ainda que nem sempre tenham verbalizado, sinalizaram que era possível.

A Márcia Aparecida Gomes e Nadir Aparecida Lopes pela simpatia e competência na revisão final deste estudo.

Às pessoas que compõem a população deste estudo, pelo carinho com que me receberam, dispensando horas do seu valioso tempo.

Por último, mas a Quem sou eternamente grata, a Deus por me conceder o dom da vida e me proporcionar oportunidades.

*Quem de três milênios
Não é capaz de se dar conta,
Vive na ignorância, na sombra,
A mercê dos dias, do tempo.*

Johann Wolfgang Von Goethe

Pereira JG. Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o Distrito do Butantã [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. 134 p.

RESUMO

A proposição da Vigilância da Saúde surgiu como alternativa para a superação das práticas de saúde fragmentadas, ao articular o uso da epidemiologia, do planejamento e da organização dos serviços de saúde, bem como a compreensão das desigualdades sociais como determinantes da distribuição dos agravos sobre a população. Entretanto, a falta de profissionais de saúde com formação adequada para atuar nesse modelo tem sido um grande obstáculo. Algumas políticas públicas têm sido criadas para possibilitar que o ensino das profissões da saúde possa sustentar-se na construção do conhecimento a partir da realidade e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem, bem como no seu envolvimento na transformação da mesma. O objetivo desse estudo foi descrever a articulação entre ensino e serviço em um Distrito de Saúde do município de São Paulo, e as contribuições advindas dessa articulação para a implementação do modelo da Vigilância da Saúde. Em termos metodológicos, pode-se afirmar ser esta uma pesquisa qualitativa e descritiva. Foram sujeitos desse estudo docentes e profissionais de saúde envolvidos na articulação entre o ensino e o serviço no Distrito. Os dados foram coletados mediante entrevistas semi-estruturadas e analisados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados mostraram que os cursos de medicina e de enfermagem são os que mais desenvolvem ações de ensino no território; utilizam como estratégia ações relativas ao reconhecimento do território para a compreensão das necessidades de saúde da população, contudo, essa identificação não se reverte para o planejamento da assistência na UBS; a articulação entre ensino e serviço ocorre no sentido do acompanhamento das ações dos alunos pelos trabalhadores; alguns discursos apontam para uma integração incipiente entre ensino e serviço no Distrito devido à falta de projeto político para a

Vigilância da Saúde consensual entre unidades de ensino e a Prefeitura Municipal. Conclui-se que para que haja um impacto na Vigilância a Saúde se faz necessário o estabelecimento de estratégias de ação que levem ao fortalecimento das articulações ensino-serviço-comunidade e à sensibilização de gestores públicos, gestores universitários e lideranças comunitárias no sentido de qualificá-las sobre a importância de todos esses atores na formação profissional e na reorganização da atenção.

Palavras-chave: vigilância da população; integração docente-assistencial; modelos de atenção à saúde.

Pereira JG. Teaching-service articulation for the health surveillance construction: focus on Butantã District. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.134p.

ABSTRACT

The proposition of Health Surveillance emerged as an alternative to overcome fragmented actions, through articulate use of epidemiology, health services planning and organization, such as the comprehension of social inequities as illness distribution determinants over population. However, the lack of health professionals with appropriate formation to act in this model has been a big obstacle. Some public policies have been created to enable health occupations teaching supported in knowledge construction from reality and in student active participation in teaching-apprenticeship process, besides their involvement in its transformation. The purpose of this study was to describe the articulation between teaching and services in a Health District in Sao Paulo city and its contributions to implant a Health Surveillance model. In methodological terms, we can affirm that this is a qualitative and descriptive research. Subjects on this study were teachers and health professionals involved in the articulation between teaching and services in the District. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed based on Collective Subject Speech. Results showed that medicine and nursing undergraduate courses were those which develop teaching actions in the territory; they use actions of territory recognition as strategy to comprehend the population health necessities, however, this identification does not revert to health center assistance planning; teaching and service articulation take place in the follow - up of students actions by workers; some speeches point to incipient teaching and service articulation in District due to lack of political project to a consensual Health Surveillance between teaching schools and the city hall. We can conclude that to reach Health Surveillance impact it is necessary to establish strategic actions that lead to

teaching – service - community articulations strengthening and sensitization of public and higher education managers and communitarian leaderships in the sense of qualifying them about the importance of all actors in professional teaching and care reorganization.

Keywords: population surveillance; teaching care integration; health care models.

SIGLAS UTILIZADAS NESSA PESQUISA

ACS	Agentes Comunitários De Saúde
ARS	Administrações Regionais da Saúde
CCD	Centro de Prevenção e Controle de Doenças
CEPI	Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão de Educação na Saúde
DS	Distrito de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSE	Distrito de Saúde-Escola
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IDA	Integração Docente-Assistencial
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC/SESu	Ministério da Educação/Secretaria do Ensino Superior
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Atenção a Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

SILOS	Serviços Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisões de Vigilância em Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UVIS	Unidades de Vigilância em Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil
VS	Vigilância da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A Vigilância da Saúde enquanto modelo tecno-assistencial	16
1.2 As transformações do ensino na área da saúde e as aproximações para atuação no modelo da vigilância da saúde	22
1.3 A organização da saúde no município de São Paulo:	47
2 OBJETIVOS.....	55
3 METODOLOGIA	57
3.1 Tipo de estudo	58
3.2 Cenários de estudo	59
3.3 Sujeitos da pesquisa	64
3.4 Procedimentos para coleta e análise de dados	66
3.5 Procedimentos ético-legais	67
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1 Os programas de ensino e a operacionalização das atividades práticas de graduação no DSE BUTANTÃ, na perspectiva dos docentes.....	69
4.2 Os programas de ensino e a operacionalização das atividades práticas de graduação no DSE BUTANTÃ, na perspectiva dos trabalhadores dos serviços de saúde.....	83
4.3 Percepção da articulação ensino-serviço no DSE BUTANTÃ, na perspectiva dos docentes.....	89
4.4 Percepção da articulação ensino-serviço no DSE BUTANTÃ, na ótica dos trabalhadores dos serviços de saúde	96
4.5 A participação da universidade na construção do modelo assistencial da vigilância da saúde, na ótica dos docentes.....	102
4.6 Percepção da participação da universidade na construção do modelo assistencial da vigilância da saúde, na ótica dos trabalhadores do serviço de saúde	107
5 CONCLUSÕES	112
6 REFERÊNCIAS	121
7 ANEXOS	130

Esta pesquisa busca encaminhar algumas reflexões sobre a articulação ensino-serviço no Distrito de Saúde Escola Butantã e sua contribuição para a construção do modelo assistencial da Vigilância da Saúde.

Acreditando ser o Distrito de Saúde Escola uma iniciativa para melhora da qualidade da assistência, pela possibilidade de integrar pesquisa, ensino e assistência num território, esperava-se observar uma prática integrada onde a academia colaborasse com o serviço ofertando tecnologias analíticas na implantação de inovações, além de rever seu perfil formador, para adequá-lo à necessidade dos serviços de saúde.

Na minha prática como enfermeira de família, pude me deparar com a complexidade da questão do desenvolvimento de estágios de graduação na Unidade de Saúde em que atuo. Muitas vezes os alunos chegavam sem sequer um conhecimento prévio do diretor quanto mais nosso, enfermeiros e médicos que íamos recebê-los e acompanhá-los no dia-a-dia do período de estágio. Além disso, muitas disciplinas se desenvolviam sem a presença do professor em campo, o qual fazia apenas supervisões ao longo do estágio, cabendo a nós “definirmos” o plano de estágio juntamente com os estudantes.

Essa falta de articulação entre a Universidade e a rede básica – onde o trabalhador que recebe o estudante desconhece quais os objetivos, a qual disciplina se vincula e, principalmente, o que está sendo ensinado na Universidade – constitui um dificultador para o processo de aprendizado quando o aluno entra em contato com a realidade dos serviços de saúde. Ademais, perde-se a oportunidade tanto do trabalhador contribuir para um aprendizado adequado às necessidades de saúde da população em questão, e da academia colaborar com reflexões sobre a prática do serviço, partindo do pressuposto que é ela quem mais teria contato com questões teórico-filosóficas.

Mesmo atuando numa região distinta de onde realizei esta pesquisa, uma vez formada por esta Universidade há 7 anos e tendo atuado em

equipamentos de saúde do Distrito de Saúde Escola Butantã na ocasião, o interesse em aprofundar meu estudo sobre a questão e em me requalificar foram decisivos em motivar a realização desta pesquisa. Também a existência de poucas pesquisas nesse sentido veio a justificar a análise do tema.

O tema também diz respeito ao campo da Saúde Coletiva e à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP – Bases teóricas e metodológicas dos saberes e práticas do cuidar em saúde coletiva. Além disso, é pertinente ao tema do grupo de pesquisa da qual faço parte, bem como minha orientadora – Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva.

1.1 A VIGILÂNCIA DA SAÚDE ENQUANTO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL

A proposição da Vigilância da Saúde (VS) surgiu no início da década de 90, frente ao processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa para a superação das práticas de saúde fragmentadas. Até a década de 80, o sistema de saúde brasileiro privilegiou a clínica, o diagnóstico e a terapêutica, desenvolvendo ações focais e emergenciais, de restrito impacto frente às necessidades de saúde da população (Bertolozzi e Fracolli, 2004).

A VS emergiu, assim, num cenário que colocava em pauta a necessidade de uma nova forma de interpretação da saúde-doença, que pudesse superar a multicausalidade e promover a articulação entre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (Bertolozzi e Fracolli, 2004).

A multicausalidade preconiza a simultaneidade de vários fatores na rede de causalidade da doença, quais sejam: o agente etiológico, o meio ambiente e o hospedeiro, sem hierarquia entre si. As ações de Vigilância Epidemiológica (VE) partem dessa concepção, enfocando a contenção e o controle de enfermidades, principalmente as transmissíveis, nessa tríade. A lógica de que o ser humano comporta-se como hospedeiro e detém atributos como resistência e susceptibilidade, associado a outros pessoais como sexo, idade, altura, peso e outras variáveis, está posta claramente no sistema de VE, na qual a enfermidade constitui o resultado da correlação dessas variáveis (Bertolozzi e Fracolli, 2004).

Posto isso, o efeito doença e seu controle dependem da intervenção sobre os fatores ou variáveis. As ações de saúde são, dessa maneira, focalizadas para esses atributos e as verdadeiras causas não são consideradas. Quando muito, a determinação primeira é tratada como fator social e colocada tão genericamente que acaba por naturalizar os fatores na rede de causalidade (Bertolozzi e Fracolli, 2004).

A insuficiência em interpretar a saúde-doença como um processo limitado ao âmbito do indivíduo em interação com uma causa e um meio ambiente, impulsionou o surgimento de uma nova forma de pensar, a qual coloca a saúde-doença como um processo amplo e dinâmico, no qual o ser humano é tanto sujeito como objeto, ao ocupar distintos lugares na reorganização da sociedade.

Oliveira et al (1998) afirmam que foi após a II Guerra Mundial que a abordagem social do fenômeno saúde-doença surge frente à constatação de que uma parcela da sociedade permanecia à margem dos avanços alcançados até a época, notadamente os indivíduos de classes sociais menos favorecidas.

Especialmente no final do século XVIII e início do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou grandes transformações sociais, trazendo consigo a deterioração das condições de vida e trabalho, bem como o aumento na ocorrência de epidemias. Surgia uma nova lógica de correlacionar a doença com as relações sociais que a produziam, a qual exerceu forte influência, sobretudo no movimento da Medicina Social francesa à época (Czeresna, 1997).

Esse movimento se constituiu no embrião da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que tomou lugar na América Latina nos anos 70, frente à profunda crise econômica e social semelhante àquela vivenciada nos países europeus, aprofundada em nosso continente pela repressão política e ideológica (Oliveira et al, 1998).

Para Bertolozzi e Fonseca (1997), a teoria da determinação social do processo saúde-doença recorre à explicação do aparecimento de perfis típicos de saúde e doença nos diferentes grupos sociais segundo a sua inserção na sociedade. Esses perfis, por sua vez, estariam diretamente associados à forma de trabalhar – conformando o perfil de produção social – e à forma de viver de uma sociedade – que seria o perfil de reprodução social.

Dentro dessa teoria, Laurell (1983) aponta que o processo saúde-doença está conformado pelo:

modo específico pelo qual ocorre nos grupos o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades quotidianas, isto é, o surgimento da doença (p.137).

O conceito de saúde que perpassa pelo SUS coloca em questão aspectos relativos à forma de viver e trabalhar, tais como: habitação, acesso à informação, à saúde, ao lazer, entre outros, apontando para a necessidade de utilizar estratégias de intervenção em saúde que contemplem a totalidade da vida. Esse conceito aponta para a necessidade de construção de um modelo de atenção fundamentado na qualidade de vida.

Teixeira (2000) destaca que modelo assistencial não consiste simplesmente numa forma de organização dos serviços de saúde, ao afirmar que:

os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades de saúde historicamente definidas (p. 261-262).

A Vigilância da Saúde, dessa forma, corresponde a um modelo técnico-assistencial – portanto, de práticas de saúde – para viabilizar as propostas teórico-políticas do SUS.

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), no cenário da saúde brasileira coexistem modelos assistenciais diversos, ao lado de modelos alternativos, com predominância dos modelos hegemônicos, quais sejam o *médico-assistencial* pautado no atendimento médico, dirigido ao controle e tratamento de doenças, dirige-se ao sujeito individual e utiliza como meios de trabalho conhecimentos e tecnologias para o diagnóstico e terapêutica de doenças; e o *sanitarista*, cujos sujeitos são os sanitaristas, tem como objeto

os modos de transmissão e fatores de risco das doenças, utilizando como meios de trabalho a educação em saúde, o saneamento, controle de vetores, entre outros que compõem a tecnologia sanitária.

Já a VS propõe a incorporação da população organizada como sujeitos das ações de saúde, além da equipe de saúde; amplia o objeto para as determinações sociais que afetam os distintos grupos sociais a depender de suas condições de vida. Inclui, nos meios de trabalho, tecnologias de comunicação social que estimulam a participação dos grupos sociais na promoção e defesa das condições de vida e saúde (Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998).

Assim sendo, esses autores afirmam que a vigilância da saúde incorpora e supera os modelos anteriormente propostos, redefinindo o objeto, os meios de trabalho e a forma de organização do trabalho, guardando maior aproximação com os princípios e diretrizes do SUS, e apontando para a necessidade de profissionais capacitados para esse novo agir em saúde.

A Vigilância da Saúde articula a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços de saúde e a compreensão das desigualdades sociais como determinantes da desigual distribuição dos agravos sobre a população. Operacionaliza ações de saúde de três grupos de atividades: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção coletiva (Bertolozzi e Fracolli, 2004).

Em 1998, a partir da contribuição de pesquisadores e sanitaristas, disponibilizaram-se duas concepções de vigilância à saúde:

A primeira, chamada concepção restrita, refere-se a um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão e enfrentamento de problemas de saúde decorrentes dos fatores de risco e dos acidentes, incapacidades, zoonoses e outros num determinado território, significando uma associação da Vigilância Epidemiológica com a Vigilância Sanitária. Essa concepção amplia a história natural da doença pela incorporação da

noção de território, mas não integra as determinações que produzem diferentes perfis de saúde-doença (Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998).

A segunda, chamada concepção ampliada, baseia-se numa visão ampliada de saúde e na formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos à luz da moderna epidemiologia, incorporando ações sociais organizadas por diferentes atores, além das ações de prevenção e recuperação de doentes (Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998).

Para os autores, esses conceitos de vigilância da saúde geraram três vertentes:

1. Análise de situações de saúde: contribuiu para ampliação do objeto ao incorporar as situações de saúde de grupos populacionais em função de suas condições de vida, porém, não incorporou as ações voltadas para o enfrentamento de doenças.
2. Integração da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária através de reformas administrativas nas Secretarias de Saúde, tendo como resultado o fortalecimento da Vigilância Sanitária, privilegiando a implementação de campanhas de imunização e programas de controle de epidemias e endemias.
3. Redefinição das práticas sanitárias, contemplando duas dimensões: *técnica*, que concebe a vigilância da saúde como modelo assistencial alternativo, composto por um conjunto de práticas destinadas a controlar determinantes, riscos e danos; e *gerencial* que concebe a vigilância da saúde como prática que organiza o trabalho em saúde de forma a enfrentar problemas num território delimitado.

O modelo tecnoassistencial de VS tem sido amplamente divulgado e debatido junto a instituições formadoras de profissionais da saúde e tem se constituído na forma de organização da saúde em muitos municípios e estados.

A falta de profissionais de saúde com perfil adequado para atuar num modelo de atenção onde se assuma uma concepção ampliada da saúde e tenha a promoção como base, como é o caso da vigilância da saúde, têm sido um grande obstáculo para sua implantação, bem como para a efetivação do SUS.

Assim sendo, Ceccim, Armani e Rocha (2002) apontam que a formação dos recursos humanos na saúde é um dos mais graves problemas do SUS. Para o autor, os profissionais recém-formados saem despreparados para atuarem na complexidade inerente à área da saúde, bem como para compreenderem o controle social da sociedade sobre o setor.

Neste sentido, diversas instâncias do setor saúde bem como do controle social em saúde, participaram de um processo de construção de uma política de reorientação das práticas formativas de profissionais de saúde e do desenvolvimento dos recursos humanos em atuação.

1.2 AS TRANSFORMAÇÕES DO ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE E AS APROXIMAÇÕES PARA ATUAÇÃO NO MODELO DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Lampert (2006) afirma que nas civilizações primordiais o ensino consistia no acompanhamento do trabalho do mestre por parte do aprendiz, sendo que, após exercer as atividades supervisionadas, este se tornava apto a atuar de forma autônoma.

Já na Idade Média, quando são constituídas como instituições, as universidades estruturaram-se de forma independente dos serviços de assistência, acarretando, a partir daquele momento, uma formação desvinculada da prestação de assistência. Essa dissociação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho permanece hegemonicamente até os dias de hoje. (Lampert, 2006).

No século passado, o modelo que fragmentou o conhecimento na área da saúde baseou-se no Relatório Flexner, de 1910, que se caracterizou, principalmente, pela formação sólida em ciências básicas nos primeiros anos de curso; ênfase na atenção clínica individual, com pouca abordagem dos aspectos preventivos e de promoção à saúde; valorização do aprendizado no ambiente hospitalar e das especialidades médicas (Lampert, 2006).

Silva Junior et al (2006) acrescentam que a formação médica tradicional caracterizou-se pela alienação histórico-política, fragmentação dos conteúdos, especialização precoce, uso acrítico de tecnologias, carga horária prática pequena, concentrada no final do curso.

Para Belaciano (1996) é consenso entre os críticos da educação profissional em saúde que a formação hegemônica caracteriza-se pela abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, carecendo de mudanças decorrentes das novas modalidades de organização do trabalho em saúde, das novas exigências do perfil profissional, da

transdisciplinaridade na produção do conhecimento e da necessidade de reconstrução do papel social da universidade.

Comentando sobre as recentes mudanças na formação na graduação em saúde, o Ministério da Saúde salienta que as instituições formadoras têm reproduzido modelos de ensino conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, em procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitados à aprendizagem no hospital universitário. Entretanto, aponta que a formação não deve centrar-se apenas na busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, devendo comprometer-se com a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (Brasil, 2004).

Teixeira, Paim (1996) apontam que, apesar das mudanças na organização dos serviços de saúde, a formação profissional no final do século passado seria marcada pela instrumentalização clínica, guardando relação com a medicina mercantilizada.

Bagnato, De Sordi (1998) reforçam o caráter tecnicista e biologicista da história da formação em saúde, de forma que os egressos da área da saúde adentram no mercado de trabalho ávidos por praticarem habilidades, porém, pouco familiarizados com as questões sociais que permeiam o cotidiano das relações na sociedade.

Segundo Feuerwerker (2000), existe uma crise paradigmática que ocorre em vários campos da vida humana, dentre eles o da saúde, que se gerou a partir da proposição da ciência positivista, a qual levou ao abandono das sensações subjetivas e do reconhecimento da construção histórica do ser humano, reduzindo-o a simples resultado de forças que o subjugam. A assistência à saúde nos dias atuais continua sendo ancorada de forma expressiva nas proposições positivistas (Egry, 1996).

Feuerwerker e Sena (2004) afirmam que, enquanto o modelo hegemônico enfatiza uma visão biologista na saúde, centrado na doença, na hegemonia médica, na prática hospitalar, na atenção individual e na utilização tecnologia de alto custo, contrapõe-se o *paradigma da construção social da saúde*, apoiado no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na autonomia da população em relação à saúde.

Na educação, também debatem-se a *concepção hegemônica* tradicional, por meio da pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no professor, da aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade, e a *concepção crítica reflexiva*, sustentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem. (Feuerwerker e Sena, 2004).

Para Ceccim e Bilibio (2004) a concepção hegemônica da saúde ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica e na *imagem* do trabalho em saúde. Nesse sentido, observa-se pouca valorização do estudo sobre o SUS e a saúde coletiva na grade curricular que compõe os cursos de graduação da área da saúde. Menos freqüente nos cursos clássicos como medicina, enfermagem e odontologia, os currículos dos cursos como psicologia, serviço social, biologia, educação física e medicina veterinária, muitas vezes não há abordagens sobre o SUS. Uma vez que o enfoque é dado aos procedimentos, superando amplamente o *pensar saúde*, não existe suficiente contato e aprendizado dos acadêmicos da área com o SUS e com a Saúde Coletiva. Paradoxalmente, depois de formados, é nesse Sistema que os profissionais estarão majoritariamente inseridos. Diante disso, o ensino das profissões da saúde não pode prescindir da adequada aproximação e aprendizagem do SUS e com os saberes da Saúde Coletiva.

Chirelli (2002), aponta a necessidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem diante do fracasso da inserção dos profissionais no mercado de trabalho face às novas exigências de competências, e também ao fracasso na formação de cidadãos críticos e participativos.

Para Feuerwerker e Sena (2004), o pensamento e as práticas hegemônicas têm se mostrado incapazes de responderem aos novos problemas e necessidades na área da saúde e da educação, gerando contradições que acabam por fortalecer processos de mudança.

Para as autoras, algumas dessas contradições são frutos dos processos de transformação do mundo do trabalho e das inovações tecnológicos, das relações entre pessoas e segmentos sociais, entre produção e consumo de bens e serviços, das mudanças estabelecidas pelo capital internacional e das novas maneiras de organização do processo de produção. Essas transformações ocorrem no contexto da globalização que traz conseqüências econômicas, políticas, sociais e culturais. A nova divisão internacional do trabalho tem levado a mudanças nas atribuições do Estado, favorecendo a desregulamentação das economias nacionais, enfatizando o papel do mercado na manutenção do equilíbrio interno e promovendo a privatização do setor público – principalmente nas áreas de saúde e educação – como meio de diminuir gastos do Estado, e levando à desresponsabilização deste quanto à garantia de direitos sociais.

O modelo organizacional da produção tem-se apoiado, na atualidade, na flexibilidade dos processos e dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo, de forma que foram criados novos setores de produção, novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados, e maior dinamicidade com a intensa inovação comercial, tecnológica e organizacional (Feuerwerker e Sena, 2004).

Paralelo a isso, surge um fenômeno contraditório de ampliação do trabalho informal e precário e de emergência de um trabalho revalorizado, exigindo-se que o trabalhador exerça funções muito mais abstratas e intelectuais e menos trabalho manual, capacidades de diagnóstico, solução de problemas, tomada de decisões, intervenção no processo de trabalho, trabalho em equipe, enfrentamento de situações em constante mudança (Feuerwerker e Sena, 2004).

Esse processo de transformação determina crises que se revelam na saúde e na educação, através de processos inovadores que se opõem ao paradigma dominante.

Dado que o momento atual requer ajustes e releituras dos profissionais e das instituições no sentido de eleger estratégias e modelos coerentes com o contexto, Haddad (1997) afirma ser necessário:

redefinir o objeto de trabalho e o espaço de ação do trabalhador de saúde no marco da sociedade em que vive, frente aos paradigmas de saúde e de bem-estar que esta sociedade adota e dentro dos parâmetros sociais, econômicos e políticos da realidade atual (p. 06)

Diante disso, Motta, Buss e Nunes (2004) afirmam que deve-se propor ações no campo educacional que possibilitem um avanço no conhecimento do trabalho em saúde, reconhecendo e valorizando o potencial formativo do trabalho.

No campo da organização popular existem mudanças importantes no papel que cada segmento da sociedade civil organizada cumpre na conquista e defesa de direitos, coexistindo uma tendência à valorização da democracia ao lado da incerteza quanto à garantia de trabalho, acesso a bens e serviços e segurança (Motta, Buss e Nunes, 2004).

Esse novo paradigma requer a necessidade de reorientar as relações entre profissionais de saúde, instituições de ensino e comunidade e de redefinir processos formativos para atuação num mundo cada vez mais novo e em constante processo de transformação, resguardando-se os conceitos e princípios que possibilitarão a atenção integral e humanizada à população brasileira (Motta, Buss e Nunes, 2004).

Feuerwerker (2000) aponta que, para que as pessoas se movimentem no sentido da construção de práticas alternativas, é necessário que se sintam “desconfortáveis” com a situação atual. Esse movimento de **problematização** é fundamental para se esgotar o modelo tradicional

levando a estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem, de trabalho e de participação popular.

A autora destaca que para promover as mudanças necessárias na universidade torna-se necessário construir o conhecimento a partir da problematização da realidade, da articulação entre teoria e prática, da interdisciplinaridade e da participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem; e reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na autonomia das populações em relação à própria saúde.

Segundo Chirelli (2002), a Teoria da Problematização visa uma formação educacional onde o profissional tenha consciência sobre os seus atos, reconheça seus interesses e desejos, elabore sua identidade e tenha intenção política ao aderir a um projeto, tornando-se nele sujeito e possibilitando que outros – usuário, comunidade e trabalhadores – também possam ser sujeitos.

A Teoria da Problematização utiliza a ação/reflexão/ação, na busca de uma expressão intencional, baseada em um projeto político-assistencial que responda às necessidades sociais (Chirelli, 2002).

Para Belaciano (1998) a mudança requerida na formação e capacitação de recursos humanos em saúde deve promover o estabelecimento de vínculos e co-responsabilização entre ensino, comunidade e relações intersetoriais, de forma a orientar modelos assistenciais baseados na equidade, integralidade e universalidade da atenção, conforme preceitos legais do SUS. Sendo assim, deve-se aceitar o desafio de formar profissionais que sejam capazes de integrar ações promocionais, preventivas e curativas, de forma a intervirem nos problemas de saúde epidemiologicamente definidos numa determinada área ou região.

O autor aponta, ainda, que a Universidade não deve ser independente da regulação do Estado, sendo papel do governo federal o desenvolvimento de políticas que levem ao cumprimento do papel social da universidade.

De acordo com Motta, Buss e Nunes (2004), desde as origens do SUS já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, dentre as quais se destacavam as questões de recursos humanos, e em particular com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

Os autores afirmam que os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde nos últimos anos vêm redefinindo as necessidades de requalificação de forma dinâmica, apontando para a necessidade de revisão dos modelos de formação adotados, tendo os princípios e pressupostos do SUS como base para redefinição das metodologias e dos conteúdos programáticos utilizados no ensino.

Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) afirmam que desde a Conferência de Alma-Ata consolidam-se críticas à forma excludente em que os serviços de saúde são organizados e à ineficácia da incorporação acrítica de tecnologias. Seguindo-se as Conferências Mundiais de Educação Médica, estas enfatizaram a necessidade de reorientação do ensino médico para formar profissionais capazes de atender às necessidades de saúde da população, trabalhar em equipe e comunicar-se.

Feuerwerker (2006) afirma que os movimentos de mudança das profissões de saúde remontam até mesmo antes da criação dos SUS, originando-se nos quadros no Reforma Sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, que se constituiu num marco para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde brasileiro, bem como para a introdução do SUS na Constituição Federal em 1988, sugeriu a ordenação de capacitações e reciclagens permanentes de recursos humanos, e a formação integrada dos profissionais de saúde com o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (Brasil, 1986).

Em 1988, o artigo 200 da Constituição Federal Brasileira estabeleceu que compete aos órgãos gestores do SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988).

Em 1990, a Lei Orgânica de Saúde reforçou a mesma competência ao SUS e ordenou a formação de Comissões Permanentes para integrar serviços e instituições de ensino superior, com a função de propor prioridades e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS. Destacou, ainda, que a política de recursos humanos deve ocorrer de forma articulada entre as diferentes esferas do governo, ou seja, com a participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1990).

A IX CNS ocorrida em 1992, a primeira após a criação do SUS, sugeriu que para sua efetivação era necessário assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos através da articulação com órgãos formadores; preconizou o envio de recursos financeiros às Secretarias de Saúde para capacitação de seu quadro de pessoal e a ampliação de vagas para residência médica nas unidades do SUS (Brasil, 1992).

Em 1996, durante a X CNS, foi proposta a promoção de programas permanentes de reciclagem dos trabalhadores pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como o intercâmbio qualificado entre as instituições formadoras e unidades de serviço, pela utilização destas pelas universidades para formação de trabalhadores de saúde com perfil mais compatível com o SUS, recuperando a integração docente-assistencial com a inclusão da comunidade, dada pelo controle social (Brasil, 1996).

A XI CNS de 2000 propôs a revisão de currículos para formação no SUS, articulação com controle social do SUS, além da proposição de atualização dos trabalhadores pela academia (Brasil, 2000).

Decorrente disso, foi instituído o parecer CNE/CES 1133/2001, de 07.08.2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição. As DCNs constituem orientações para elaboração dos currículos pelas instituições de ensino superior, de tal forma a flexibilizar a formação oferecida aos

estudantes, preparando o futuro graduado a enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade e do mercado de trabalho. As DCNs afirmaram que a formação do profissional da saúde deve contemplar o sistema de saúde em vigência no país, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção (Brasil, 2001).

Comentando o estabelecimento das DCNs, Ceccim, Feuerwerker (2002) afirmam que, uma vez que a Lei Diretrizes e Bases da Educação define a autonomia universitária, as DCNs constituem apenas uma recomendação.

A XII CNS de 2004 propôs a ampliação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde de forma a viabilizar mudanças no ensino formal de nível técnico, graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, capacitando-os para atenderem às necessidades de saúde da população e em conformidade com os princípios do SUS (Brasil, 2004a).

Nesse sentido, com vistas a motivar e propor mudanças na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Essa secretaria é composta pelo Departamento de Gestão de Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (Brasil, 2003).

O DEGES é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior. Busca integrar os setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras para adequar a formação profissional às necessidades da saúde (Brasil, 2003).

Cabe ao DEGES também propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais e de certificação de

competências que favoreçam a integração entre gestão, formação, controle social e ensino, tendo em vista as demandas educacionais do SUS (Brasil, 2003).

O DEGES elege a educação permanente em saúde como estratégia fundamental para a formação, atenção, gestão e formulação de políticas e controle social no setor da saúde, com o desafio de constituir-se em eixo transformador, mobilizar recursos e poderes e fortalecer o SUS (Brasil, 2003).

A educação permanente pressupõe a aprendizagem significativa baseada na reflexão crítica das práticas, por profissionais em atuação nos serviços. Propicia o encontro entre o mundo da formação e do trabalho pela incorporação do cotidiano das organizações. Entende que a qualificação dos trabalhadores de saúde é resultado das necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, objetivando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (Brasil, 2004c).

O termo permanente, na área da saúde, para Motta (1998), refere-se a uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos e, sobretudo, de transformação de valores e conceitos dos profissionais, propondo transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem. Este termo diferencia-se de continuada, que segundo Ricas (1994), “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias habitual”.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a consolidação de uma política intersetorial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde teve um importante marco regulatório, inspirado no Art. 200 da Constituição Federal, que atribui ao SUS a formação e capacitação de recursos humanos em saúde, no dia 03 de novembro de

2005, quando os Ministros de Estado da Saúde, Saraiva Felipe e da Educação, Fernando Haddad assinaram as seguintes portarias, com os respectivos objetivos:

- Portaria nº 2.118/05, instituindo cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação de recursos humanos na área da saúde, tanto no nível superior quanto no nível técnico.
- Portaria nº 2.1101/05, criando o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, que tem por objetivo apoiar projetos de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia.
- Portaria nº 2.117/05, instituindo, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde.

A SGTES, em parceria com o Ministério da Educação, vem trabalhando no apoio à implementação das DCNs e na promoção de mudanças na formação profissional, de modo a aproximá-la dos princípios da atenção integral em saúde à população brasileira e do próprio SUS.

Como se viu, a atribuição do SUS em formar e capacitar recursos humanos em saúde, estabelecida no artigo 200 da Constituição Federal, foi solicitada seguidamente nas CNSs, uma vez que carece de formulações, bem como a discussão da docência ensino-aprendizado orientado para as profissões de saúde.

Somado a isso, Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) reconhecem que se ocuparam todos os espaços que possibilitassem a articulação das forças políticas de oposição, como eventos científicos e políticos, mobilização estudantil, movimentos urbanos que acabaram por constituir-se em momentos de acumulação conceitual e política, contribuindo para a formulação de alternativas e para os atuais processos de mudança.

Belaciano (1996) aponta que, se cabe ao SUS a formação da área da saúde, cabe-lhe interferir para orientar a coerência do ensino com as diretrizes constitucionais da saúde, e por outro lado, atribui ao setor educacional garantir padrões de qualidade do ensino, vincular formação, trabalho e práticas sociais; além de integrar ações do poder público com vistas à qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica.

Buscando sustentabilidade para este estudo, realizou-se uma revisão bibliográfica da produção científica referente a projetos ou reflexões teóricas que discutissem a vigilância da saúde e a integração docente-assistencial (IDA).

Segundo Egry, Fonseca (1994) uma investigação participante realizada no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo definiu IDA como:

Trabalho humano inscrito numa sociedade concreta, historicamente determinada, que aspira a aproximação entre as instituições de ensino, de assistência e a população. Visa a superação das contradições da teoria e da prática, contemplando as aspirações e possibilidades de saúde das distintas classes sociais que compõem a população, assim como as aspirações e possibilidades de ação das instituições de saúde e ensino, em um processo de compartilhamento de responsabilidade. Visa transformações efetivas na prática assistencial e de ensino; visa um trabalho conjunto para alcançar metas/horizontes, articula os agentes da instituição educacional (professor e aluno) e os da instituição de saúde (médico, enfermeiro e outros); é mediado pela aquisição e pelo aprofundamento de um conteúdo específico e outro de domínio comum e pelo exercício da reflexão acerca dos fatos, buscando sua compreensão segundo uma ética definida, embasados em investigações científicas (p. 17).

Ao estabelecer o Programa de Integração Docente Assistencial em 1981, o Ministério da Educação/Secretaria da Educação Superior (MEC/SESu) definiu o seguinte conceito de IDA:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de

conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de saúde e ensino (p.17).

Vê-se, nessas definições, a ausência de alusão à participação da comunidade no processo de discussão da direcionalidade da formação em saúde, tendo como base projetos de integração docente-assistencial.

A busca bibliográfica realizou-se nas bases de dados LILACS e MEDLINE, e priorizou a produção científica produzida entre os anos 1990 e 2005, a partir do descritor de assunto *integração docente assistencial* e a palavra *vigilância*. Foram encontradas dezessete referências bibliográficas, das quais treze eram artigos publicados em periódicos, três livros e um documento governamental. Todas as referências foram publicadas no Brasil, sendo, em sua maioria, de autoria de enfermeiros. Apenas três referências utilizaram o termo vigilância da saúde em seu estudo.

A análise da literatura mostrou que as principais contribuições da IDA foram: *estímulo da qualidade de ensino e à realização de pesquisas; formação de profissionais com compromisso social; transformação no ensino, com modificação de disciplinas; melhoria da qualidade da assistência pela possível instrumentação da equipe de saúde na abordagem da determinação social; educação continuada dos funcionários; atenção à saúde baseada nas necessidades da população; participação social no planejamento das ações e transformação na qualidade de vida das populações.*

Também estavam relatados fatores que influenciam negativamente a operacionalização da IDA, quais sejam: *dicotomia ensino/serviço/pesquisa; possibilidade de existência de relação de domínio de docentes sobre assistentes; desenvolvimento da IDA por apenas uma parcela da universidade.*

Egry (1992) considera o caráter reformista da IDA, por não remeter aos reais determinantes do panorama social e da saúde, e sim, apenas, propor o planejamento intersetorial. Assim sendo, não permite ruptura com

os modelos tradicionais de ensino e de assistência, remetendo à lógica do capitalismo e assegurando o interesse das classes dominantes.

Feuerwerker (2000) também critica as experiências anteriores de IDA no que se refere à verticalidade, à unilateralidade, à falta de compromisso com a continuidade dos programas, salientando sua limitação como estratégia para abrir espaços de permeabilidade e comunicação carecendo, portanto, de conteúdo democrático.

Para Marsiglia (1995), as experiências de IDA foram marcadas por três debilidades básicas: ausência de participação da comunidade, segmentação por profissão e incapacidade de proporcionar alterações profundas nos currículos dos cursos envolvidos.

Nesse sentido, ainda na proposta do MEC/SESu (1981), afirma-se que as universidades brasileiras não haviam se constituído em agentes de transformação da realidade, ressaltando que para tal tornava-se necessário o ensino inserido na prática da prestação de serviços, de forma a induzir mudanças nos currículos, adaptando-os à formação de profissionais capacitados para o atendimento das necessidades concretas da sociedade.

Segundo o manual do Ministério da Saúde sobre o projeto Aprender-SUS (2004b), que será discutido adiante, apesar dos intensos debates, múltiplas proposições e das inovações introduzidas pelos movimentos de mudança na graduação na área da saúde, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde, e a graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao controle social.

Lück (1999) afirma que quando o ensino está desarticulado da realidade, é dada ênfase ao conteúdo por si só, gerando uma visão distorcida da realidade e alienando os alunos de sua verdadeira responsabilidade profissional. Segundo o autor, este modelo vem servindo a um modo de produzir em sociedade em que o fracionamento do processo de trabalho torna desnecessário um conhecimento global sobre os conteúdos a serem abordados, desarticulando o pensar e o fazer, limitando o

questionamento, uma vez que o que importa é o volume produzido em menor tempo possível.

De Sordi (2000) aponta que esse modelo tem sido muito criticado por anestesiar os alunos, causando desmotivação e desinteresse para o aprendizado. Com as mudanças no mundo do trabalho, este modelo passa a ser questionado, levando as universidades a procurarem novas experiências na formação dos profissionais, de forma que se possa recuperar o prazer e o significado nos processos de ensino-aprendizagem.

Assim, dada a constatação da ineficácia e ineficiência do modelo médico biologista e da proposta flexneriana de ensino em explicar a determinação dos eventos de saúde-doença, bem como em melhorar as condições de saúde das coletividades, a sociedade tinha de buscar novas explicações e propostas para a gestão da saúde, em nível tanto individual como coletivo sem autor.

Segundo Feuerwerker, Costa e Rangel (2000), paralelo à luta contra a ditadura no país, desenvolveu-se a formulação de um pensamento crítico em saúde, com discussões em torno da determinação social do processo saúde-doença, reflexão crítica em relação aos modelos de atenção e formação, discussão sobre estilos de vida e promoção da saúde, aproximação da clínica em relação à saúde pública.

Egry (1996) aponta que o desenvolvimento de uma reflexão crítica acerca da realidade de saúde, da produção dos serviços, dos processos de trabalho e da prática assistencial de saúde, se dá a partir da constatação das contradições da realidade, articuladas ao contexto das relações sociais da coletividade.

Da mesma forma, a construção do SUS nos últimos anos vem evidenciando antigos problemas e colocando novos desafios para o processo de formação e capacitação de pessoal, cujo reconhecimento tem sido motor para muitas iniciativas inovadoras da formação profissional em saúde.

Bagnato e De Sordi (1998) apontam que a transformação para um ensino crítico-reflexivo no mundo pós-moderno atual deve propiciar ao aluno compreender criticamente a prática social na qual vive e na qual irá interagir profissionalmente, de forma que o ensino sirva de instrumento de cidadania. Tornar-se agente ativo nas transformações da sociedade passa a conformar um novo direcionamento das capacidades profissionais, na contramão da lógica neoliberal, onde o importante é competir, vencer individualmente, impossibilitando a construção da cidadania coletiva.

Chirelli (2002) salienta que, na busca de um processo de formação a partir da reflexão cotidiana da realidade dos serviços de saúde e da comunidade, faz-se necessária a mudança de cenários de ensino-aprendizado de salas de aula e serviços-escola para o mundo do trabalho.

A articulação ensino-serviço-comunidade, portanto, constitui-se em importante estratégia para efetiva integração entre teoria e prática, a qual deve também se colocar a serviço da reflexão da realidade, fazendo com que o aluno elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, guardando-se o compromisso e a responsabilidade com o usuário através do cuidado para emancipação do outro (Chirelli, 2002).

Com o objetivo de implantar projetos de educação em saúde que contribuíssem para uma proposta de ensino crítico reflexivo instituiu-se no Brasil a Rede UNIDA. Esta existe há 22 anos com o compromisso de promover as mudanças na saúde e na educação, particularmente com a excelência técnica e a relevância social dos processos de formação profissional em saúde.

A Rede UNIDA reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal proposta da Rede Unida é a parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Na realidade trata-se de uma

modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, com compartilhamento de poderes, saberes e recursos (Feurwerker et al, 2000).

Alguns movimentos das universidades, sensibilizados pela problemática da mudança na formação de recursos humanos no Brasil e envolvidos no desenvolvimento da integração ensino-serviço merecem destaque, podendo-se citar o *Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais da Saúde*.

Este projeto estruturou-se segundo Machado, Caldas Jr e Bortoncello (1997) na implantação de uma prática pedagógica inovadora na formação de profissionais de saúde pela universidade; na mudança da prática de atenção à saúde no âmbito dos Serviços Locais de Saúde (SILOS) e num novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. Procurou, dessa forma, estabelecer uma nova relação entre os três componentes: universidade, Sistema Local de Saúde e comunidade tendo, dentre outros, os seguintes objetivos: apoiar modelos de IDA no âmbito dos SILOS, baseados no trabalho interdisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos; promover o aprimoramento da formação profissional dos graduandos na área de saúde, adequando-os à futura prática profissional e às necessidades de saúde da comunidade; e promover a participação comunitária nas decisões relativas ao setor de saúde.

Este projeto, iniciado em 1992 e com financiamento da Fundação W.K. Kellogg, procurou promover uma maior articulação entre a formação dos profissionais de saúde e os serviços, trazendo a comunidade a participar na definição de propostas transformadoras tanto para as instituições de ensino como assistenciais.

Uma proposta fundamental do Projeto UNI para uma relação mais horizontal entre serviços de ensino, instituições de ensino e comunidade foi a idéia de **parceria**, permitindo aliança entre atores diferentes para o alcance de fins comuns (Feuerwerker, 2000).

A mesma autora afirma que a proposta UNI surgiu no contexto da América Latina recém saída de regimes autoritários e em meio de um processo contraditório de construção (democracia) e desconstrução (neoliberalismo e globalização).

Para a autora, o fortalecimento da democracia depende da possibilidade de transformar as relações de poder em relações mais horizontais, de autoridade partilhada; de ampliar radicalmente o acesso das pessoas aos bens e direitos materiais e não materiais; e de se reconstruir a possibilidade de solidariedade em contraposição ao individualismo exacerbado e à competição.

A estratégia da parceria entre universidades, serviços de saúde e movimentos populares foi construída nesse eixo democratizante, acreditando-se que as mudanças necessárias no processo formativos dificilmente ocorreriam de forma isolada no interior das instituições de ensino (Feuerwerker, 2000).

Ao refletir sobre os efeitos da parceria desenvolvida pelo projeto UNI, a autora conclui que se constituiu em importante estratégia para construção de sujeitos ao proporcionar que os diversos autores recuperassem iniciativas em seus respectivos contextos. Além disso, afirma que foi proporcionado um maior compartilhamento do poder, contribuindo para a democratização das relações; e facilitou a percepção da complexidade do processo de mudança que se tentava iniciar (Feuerwerker, 2000).

Nas localidades onde esse projeto se desenvolveu há relatos de mudanças significativas na organização da rede de serviços, na formação dos profissionais e no envolvimento da universidade e da comunidade com as questões de saúde.

Nos últimos cinco anos, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) vem propondo projetos que estimulem a parceria entre universidades e serviços de saúde, bem como o ensino mais próximo da realidade. Tais projetos têm como foco o fortalecimento do SUS e seus princípios. Dentro desse grupo de projetos,

citam-se, principalmente: o PROMED (2002) VERSUS – Brasil (2004), Integralidade e Aprender-SUS (2004) e Pró-Saúde (2005).

PROMED

(Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Ministério da Saúde, 2002)

O Promed tratou-se de uma proposta de apoio às escolas médicas no sentido de adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país, destacando a importância das escolas médicas em atender, simultaneamente, seu papel na excelência técnica e na relevância social.

O programa recomendava as seguintes mudanças pedagógicas:

- ênfase na medicina preventiva, valorizando o conceito de saúde em detrimento da doença;
- valorização da humanização do atendimento com a formação de uma base ética sólida;
- incentivo ao ingresso dos futuros médicos em ações de atenção básica, dando prioridade ao Programa Saúde da Família;
- promoção da abertura dos serviços universitários à demanda do SUS.

O projeto iniciado em março de 2002 constituiu-se numa parceria do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), com vistas a incentivar escolas médicas a fazerem mudanças curriculares nos cursos de Medicina de todo o país.

O principal objetivo do programa foi capacitar os estudantes de medicina para atender os principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, possibilitando a formação de médicos pelas universidades com competência geral, essencial para a atuação no Programa Saúde da Família (PSF); e que realizem estágios não apenas nos hospitais universitários e sejam ministradas aulas *in locu* sobre os principais problemas de saúde da população.

O Promed visava destinar, na primeira fase, R\$ 4 milhões para a contratação de consultores, realização de oficinas, atualização dos professores e compra de material de ensino nas escolas selecionadas. No total, o Promed programava investir nessas escolas R\$ 24 milhões nos três anos seguintes a sua criação.

Na época do lançamento do Promed, o Brasil possuía 92 faculdades de medicina que formavam por ano 7,5 mil médicos. Na primeira etapa de seleção, 55 escolas de medicina apresentaram propostas de mudanças curriculares, que foram discutidas com consultores do Ministério da Saúde, dirigentes das instituições, professores, alunos e gestores do SUS. A escolha final das 20 escolas foi feita por uma comissão composta por docentes com renomada experiência em educação médica e representantes do Conselho de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

Em 25 de novembro de 2002, foram divulgados os resultados das 20 escolas de medicina selecionadas pelo Promed, quais sejam: Universidade Federal de Goiás, Fundação Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Roraima, Universidade Federal de São Paulo, Universidade de Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal Fluminense, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Estadual de Montes Claros, Universidade Federal de Juiz de Fora, Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul e Universidade Federal de Santa Catarina.

VER-SUS/Brasil

(Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil – Ministério da Saúde, 2004)

Trata-se de um projeto conjunto entre o Ministério da Saúde, entidades estudantis da área da saúde e as secretarias municipais da saúde, cujo objetivo é oferecer estágios no SUS de 15 a 20 dias de duração aos estudantes universitários. Pretende-se, com esse projeto, aproximar os futuros profissionais da realidade da organização dos serviços, principalmente no que diz respeito à gestão do sistema, às estratégias de atenção, ao controle social, aos processos de educação em saúde e ao trabalho multiprofissional.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), a Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde estão contempladas as seguintes carreiras como profissões de saúde para fins de elaboração das Diretrizes Políticas da Gestão em Políticas de Saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, acrescidos dos cursos de Administração Hospitalar e Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, num total de 16 profissões da saúde envolvidas com o VER-SUS/Brasil. Também é prevista a possibilidade de participação limitada de estudantes universitários de outros cursos e países.

O projeto já foi desenvolvido em pelo menos três momentos: Projeto Piloto (2004), I Edição (2004) e II Edição (2005), envolvendo 1.417 alunos em 23 municípios brasileiros.

Integralidade e Aprender-SUS (Ministério da Saúde, 2004)

Definida como importante estratégia para a formação em saúde:

a integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica, mas nas condições de vida, de trabalho, culturais, entre outras (Brasil, 2004b).

A integralidade implica práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde. A integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde e que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho. Pressupõe, também, mudanças nas relações entre profissionais de saúde para que constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares; e entre profissionais de saúde e usuários, de forma a propiciar o desenvolvimento efetivo da autonomia dos usuários para serem sujeitos da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais.

Com vistas a ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira foi que o Ministério da Saúde criou o *AprenderSUS* em 2004, cuja ênfase está na mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação, sob o eixo da integralidade.

Dando continuidade a política de educação para o SUS, iniciado em 2003 pela instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino, o Ministério da Saúde, através do *AprenderSUS* pretendeu avançar na construção de relações de

cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior.

Foram suas estratégias para adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação:

- Convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde;
- Ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde, através dos seguintes movimentos: curso de educação à distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança; e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança;
- Trabalho articulado com o Ministério da Educação;
- Desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
- Sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (Brasil, 2004).

PRÓ-SAÚDE

(Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Ministério da Saúde, 2005)

O Pró-Saúde foi estabelecido através da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, em novembro de 2005, com a perspectiva de promover transformações do processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população

brasileira e à operacionalização do SUS. O Pró-Saúde sucede e amplia o projeto inicial de implementação das DCNs nos cursos de Medicina - Programa de incentivo às mudanças curriculares para as Escolas Médicas ou PROMED, que incentivou e manteve 19 escolas médicas brasileiras, incrementando processos de transformação do ensino em Medicina - passando a englobar também a Enfermagem e Odontologia. A ação focada nestas três áreas da formação em saúde destina-se a suprir uma enorme demanda imediata por profissionais capacitados a atuar no PSF, cujas equipes são formadas por médicos, enfermeiros e dentistas, além dos agentes comunitários de saúde (ACSs).

Uma vez que a crise do setor saúde tem sido atribuída, entre outros, ao distanciamento entre o mundo acadêmico e o real de prestação dos serviços de saúde, essa iniciativa visa aproximar a formação de graduação e as necessidades da atenção básica, formando profissionais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada. Dessa forma, ao valorizar os recursos humanos tornando-os mais generalistas, pretende-se reduzir os custos para o SUS, uma vez que a experiência internacional aponta que médicos gerais são capazes de resolver quatro quintos dos casos sem recorrer a serviços completos.

São, ainda, objetivos do Pró-Saúde: promover cooperação entre gestores do SUS e os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, visando à qualidade e resolubilidade da assistência prestada e à integração da rede na formação dos profissionais de saúde; incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

É importante ressaltar que o Pró-Saúde contempla cursos de graduação das profissões que integram a estratégia Programa de Saúde da Família, em sua equipe mínima.

Alguns fatores negativos do PROMED foram tomados em consideração para serem corrigidos por ocasião da implantação do Pró-

Saúde, como a pouca ênfase dada aos fatores determinantes de saúde e à promoção da saúde; o desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial em nível hospitalar, com pouca abordagem comunitária; e a priorização orçamentária dirigida à contratação de consultores e aquisição de equipamentos, não tomando em conta a adequação dos serviços para desenvolvimento das atividades dos alunos que seria o objetivo prioritário do programa (Ferreira, 2006).

Já na nova versão do programa, foi dada prioridade à melhoria das condições de trabalho na rede básica, permitindo um melhor relacionamento da Universidade com o SUS, melhoria do atendimento da população e facilitando o processo ensino-aprendizagem, no ambiente real da assistência.

O desenvolvimento desses projetos de ensino, que tomam por base a realidade de saúde e o SUS, colaboram em muito para a mudança no paradigma de formação dos profissionais de saúde, o que, em última instância, possibilita a formação de uma massa de profissionais capazes de viabilizar o modelo da VS dentro do SUS.

1.3 A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A história da saúde do município de São Paulo, até a década de 1980, desenvolveu-se direcionada à assistência individualizada, orientada para a clínica, com destaque à atenção materno-infantil. Na primeira metade da década de 80, nesse município, houve um esforço na tentativa de propiciar maior integração entre os três níveis governamentais (União, estado e município), porém sem sucesso devido à insuficiência de recursos políticos e financeiros que viabilizassem essa proposta. Iniciou-se, então, o Programa Metropolitano de Saúde pelo governo do Estado, com financiamento do Banco Mundial, com vistas a expandir a rede física, com maior integração entre rede básica, ambulatórios e hospitais. Ainda que co-participante no processo, foi secundária a participação da então Secretaria de Higiene e Saúde. (Neves, 2003; São Paulo, 2005, Donnini, 2003).

Na segunda metade da mesma década, na vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), enquanto praticamente em todo o estado ocorria o processo de municipalização, a Secretaria de Higiene e Saúde ficou alheia ao processo (Donini, 2003). É no final dos anos 1980 que se percebe uma reorientação dessa estrutura para um modelo horizontal, de forma a incorporar-se à atenção a prevenção aos tratamentos específicos (Neves, 2003).

Em 1989 iniciou-se a reorganização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como passou a ser chamada em São Paulo, tendo como principais diretrizes a descentralização e democratização da gestão. A SMS estruturou-se a partir da Lei 8764 de 18/08/1978, a qual tem sido modificada ao longo do tempo através de decretos e portarias. A rede de serviços de saúde passou a ser organizada pelas Administrações Regionais da Saúde (ARS) sendo criados Distritos de Saúde (DS) a elas subordinadas. Cada Distrito possuía uma rede de postos de saúde responsáveis pela assistência curativa e preventiva, encontrando-se as ações de vigilância epidemiológica

sob responsabilidade do Centro Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI). Em 1993, as 19 ARS e 28 DS se encontravam consolidados como unidades orçamentárias (Donnini, 2003).

No mesmo período foram apresentadas várias propostas de municipalização ao governo do estado, porém pouco se avançou. Ainda assim, o município assumiu alguns equipamentos como UBS, PS e ambulatórios, além da criação de novos serviços – isso tudo sem contrapartida financeira do estado (Donnini, 2003).

Entre os anos de 1993 e 2000, durante a instituição do Programa de Atenção a Saúde (PAS), ocorreu uma desestruturação geral em quase todos os setores da Saúde Coletiva, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) transformaram-se em unidades de pronto atendimento e os DS foram desmantelados, o que levou a rede pública a perder a capacidade de identificar as condições geradoras dos agravos à saúde e atuar na promoção da qualidade de vida da população. Durante este período, por força de obrigações legais com as demais esferas do governo, foram mantidas as ações do Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica e Sanitária do Comércio, Varejista de Alimentos, realizadas através da Secretaria Municipal de Abastecimento. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador puderam continuar atuando graças a um convênio firmado em 1992 entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público Estadual (Neves, 2003).

Dessa forma, a SMS passou a ser estruturada em 2 subsistemas: de um lado, a coordenação das ARS administrava cerca de 40 unidades de saúde e ações de vigilância epidemiológica; de outro, a coordenação das cooperativas que administrava mais de 200 unidades de saúde. Os DS foram extintos e as ARS deixaram de ser unidades orçamentárias. Os Módulos Cooperativados constituíam células autônomas, destituídas de diretrizes programáticas, desarticuladas entre si, com pouca ou nenhuma regulação por parte da SMS. (Donnini, 2003).

Da mesma forma, várias práticas desenvolvidas em outros municípios como PACS/PSF, Vigilância Sanitária (exceto de alimentos), Controle e Auditoria, Sistema de Avaliação, entre outros, foram pouco ou nem chegaram a ser incorporadas pela SMS. De fato, até meados de 1996, quando pressões dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde culminaram com a extinção do PAS, a única relação da SMS com o SUS foi o de prestação de contas à União (Donnini, 2003).

Depois de pouco mais de 2 anos, o PAS mostrou-se longe de alcançar seus objetivos. A autonomia que resvalou para o ilícito e a economia de gastos e não de custos, tendo em vistas a lucratividade, levou à redução gradativa da quantidade e da qualidade da assistência.

Nessa época reiniciaram-se tentativas de reintegração do SUS. Em 1998, foi aprovada a lei criando o Conselho Municipal de Saúde e, no início de 2000, a SMS entra com pedido para assumir a gestão plena da atenção básica, junto à Comissão Intergestores Bipartite (Donnini, 2003).

Com o governo municipal eleito para a nova gestão, em 2000, a necessidade de reestruturação do Serviço Municipal de Saúde fez com que fosse iniciada a distritalização, a qual conformou-se num processo de descentralização para a gestão plena da política de saúde do município de São Paulo, que fora antes de responsabilidade fragmentada dos governos estadual e municipal. Constituiu-se numa das cinco frentes de atuação para cumprir as diretrizes do SUS pela SMS, quais sejam: reconstrução da SMS, municipalização, distritalização, modernização gerencial e adoção do PSF como estratégia de reorganização dos serviços. Decidiu-se, ainda, que a Secretaria pleitearia a Gestão Plena da Atenção Básica, dada a situação em que se encontrava (Neves, 2003).

Já em janeiro de 2001 foi estabelecido um cronograma de transferência das UBS estaduais e do PAS para gestão direta do município. Em 15 de fevereiro daquele ano, o município foi formalmente habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica. Em seguimento a estudos da SES, definiram-se as áreas geográficas dos 41 DS. Quase 6.000 servidores

estaduais foram municipalizados, acarretando um acréscimo de cerca de 20% no quadro de pessoal da SMS. Concomitante ao processo de municipalização, ocorreu a recuperação da rede privatizada, que se completou no mês de junho (Donnini, 2003).

Em 2002, a descentralização consolidou-se pelo processo de distritalização através da criação das Subprefeituras/Coordenadorias de Saúde, as Autarquias Hospitalares e a instalação do PSF. Em abril foram incorporadas as unidades do PSF/Qualis (Donnini, 2003).

Em 1º de Agosto de 2002, através da Lei nº 13.399, foram criadas as 31 Subprefeituras que passaram a constituir instâncias regionais do poder público municipal na área geográfica sob sua jurisdição, as quais são administradas de forma descentralizada pelos subprefeitos. A Secretaria de Coordenação Municipal das Subprefeituras/SMS teve como missão promover a transição para o novo modelo de administração municipal descentralizada, baseado nas Subprefeituras, que foram criadas através de projeto de lei do Poder Executivo, submetido à discussão e aprovação pela Câmara Municipal (São Paulo, 2005).

Tendo como foco de atenção porções menores do território municipal, as Subprefeituras, dispondo de dotação orçamentária própria e autonomia de decisão quanto ao gerenciamento dos recursos que lhe cabem, têm assim melhores condições de implementar uma gestão urbana democrática, fundada no fortalecimento do poder local aberto à participação do munícipe e de atender mais efetivamente às suas demandas, sem que com isso, se perca a visão de conjunto da cidade na implantação de políticas públicas mais abrangentes e que digam respeito à população como um todo (São Paulo, 2005).

Nos Distritos de Saúde foram instaladas Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), tendo competências para além de cuidar dos indivíduos doentes, uma vez que deveriam levar em consideração os condicionantes de adoecimento e de proteção, articulando e gerindo os recursos públicos necessários disponíveis para a melhoria da qualidade de vida. Elas deveriam

integrar-se entre si e às demais estruturas no âmbito central da SMS, para que fosse possível a execução de ações de maior abrangência e complexidade (São Paulo, 2005).

A idéia de estruturação de um sistema que possuísse competência para coordenar todo o sistema e ao mesmo tempo permitir as atividades de difícil realização pelos organismos de níveis locais, levou à criação da Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde, se preocupando, também, em estruturar serviços regionais que pudessem realizar funções de ações de vigilância no plano local (São Paulo, 2005).

Pela Secretaria Municipal de Saúde, o município está dividido em cinco grandes Coordenadorias de Saúde: Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro Oeste, sendo que cada Coordenadoria possui seus Distritos de Saúde.

As ações de Vigilância são coordenadas pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), a qual engloba controle de doenças e agravos, controle de zoonoses, saúde ambiental, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e imunização.

Com relação ao controle de doenças e agravos, o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CCD) originou-se do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI), no início da década de 90. Como tarefa principal, o CCD coordena, no nível municipal, as ações de vigilância, prevenção e controle de determinados agravos, através de suas subgerências: imunização, doenças transmissíveis, doenças e agravos não-transmissíveis.

No desempenho de suas atividades, o CCD, no nível central da Coordenação de Vigilância em Saúde, procura trabalhar em consonância com as demais Gerências técnicas (Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância de Produtos, Serviços e Saúde o Trabalhador) e as “matriciais” (Informação, Comunicação e Educação, Desenvolvimento e Gestão de Pessoal e Administração e Finanças) (São Paulo, 2005).

No nível regional, este trabalho se dá através da parceria com as Supervisões de Vigilância em Saúde das Coordenadorias de Saúde (SUVIS) das Subprefeituras, cujas equipes foram capacitadas logo no início da gestão e continuam sendo alvo de capacitação continuada.

Basicamente, as principais vertentes seriam:

- Participação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória, onde são realizadas investigações após as notificações daqueles agravos. Tem-se em mente a informação para a ação preventiva.
- Participação no Programa Nacional de Imunização - PNI, cujo objetivo é a garantia do oferecimento do esquema básico de vacinação às crianças e a outros grupos populacionais específicos.
- Estudo da ocorrência, distribuição e determinantes de agravos não-transmissíveis para a proposição de medidas de prevenção primária (São Paulo, 2005).

Uma vez organizada dessa forma, fica claro que a saúde no município de São Paulo opta pela instituição de um modelo de vigilância da saúde. Sabe-se que o modelo de vigilância da saúde pode ser organizado a partir de diferentes perspectivas (como descrito na introdução desse estudo).

Sabe-se que o modelo da VS é uma mudança paradigmática na forma de conceber e intervir no processo saúde-doença, que só pode ser viabilizado através de propostas políticas e técnicas efetivas e através de recursos humanos formados e capacitados para operar com base no “novo” paradigma da VS.

Propôs-se a realização do presente estudo em uma região do município onde, há alguns anos, processos de ensino e serviço são desenvolvidos. Escolheu-se, assim, Distrito de Saúde Escola (DSE) da região do Butantã, iniciativa adotada a partir de 2001 pela Prefeitura de São Paulo, buscando-se a articulação ensino-serviço num determinado território.

Partiu-se do pressuposto que no DSE integram-se saberes acadêmicos e práticas do cotidiano dos serviços de saúde, o que pode constituir uma especificidade diferenciada para a construção do modelo de VS na região.

A hipótese norteadora deste estudo partiu da suposição de que o DSE corresponderia a uma iniciativa para melhora da qualidade da assistência pela possibilidade de integrar a pesquisa, ensino e a assistência num território, ou seja, esperava-se que a presença de professores e alunos de diferentes cursos de graduação vinculados a uma universidade pudesse impactar de forma positiva na construção de um novo modelo de assistência.

Tinha-se a expectativa de se observar uma prática integrada onde a academia colaborasse com a prática ofertando tecnologias analíticas na implantação de inovações dentro da VS, além de rever seu perfil formador, para adequá-lo a necessidade da prática dos serviços de saúde e ao novo paradigma em construção.

Acreditava-se, ainda, que convivência de atores da universidade e do serviço de saúde, minimamente, poderia constituir parcerias que contribuíssem para a redefinição do modelo de saúde, superando o modelo assistencialista, centrado no indivíduo, curativo e medicamentoso, para um modelo de vigilância à saúde, o qual integrasse ações coletivas, planejamento participativo, assentado nas necessidades da coletividade e na intersetorialidade.

Assim, considerando:

- que a Vigilância da Saúde constitui-se num modelo técnico-assistencial para viabilização do SUS que redefine o objeto, o meio e a forma de organização de trabalho, apontando para a necessidade de profissionais capacitados para um novo agir em saúde;
- que a falta de profissionais com formação adequada para atuar segundo um modelo de saúde que assume uma concepção ampliada de saúde tem dificultado a efetivação do SUS e de seus princípios;
- a existência de poucos estudos explorando a contribuição da integração ensino-serviço para implementação do modelo assistencial da VS em territórios específicos;
- que a convivência de atores da universidade e do serviço de saúde é potente para constituir parcerias que contribuam para a redefinição do modelo de saúde assentado na VS;

Elegeram-se como objetivos do presente estudo:

- descrever como se dá a articulação docente-assistencial entre algumas unidades de ensino da Universidade de São Paulo e o Distrito de Saúde Escola Butantã e
- descrever as contribuições dessa articulação para implantação do modelo da Vigilância da Saúde.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, que buscou conhecer a realidade da articulação ensino-serviço a partir de relatos dos atores partícipes desse processo de articulação. Utilizou-se de entrevistas com os trabalhadores da rede básica de saúde municipal e de algumas unidades de ensino da Universidade de São Paulo.

A utilização da abordagem qualitativa, segundo Lefèvre (2000), permite a incorporação do *significado* e da *intencionalidade* como sendo inerentes aos atos, estruturas e relações sociais, uma vez que aparecem de forma mais clara e natural nos discursos, coletados a partir de entrevistas, por exemplo.

Segundo Minayo (2004), para compreensão da realidade social, vista sua dinamicidade, implica examinar as relações complexas que se estabelecem entre o indivíduo e a sociedade, a ação, o sujeito e o objeto, entre outros.

Para tanto, deve-se considerar que o objeto é histórico, existindo em determinado tempo e espaço, sendo, portanto, passível de transformação (Minayo, 2004). Além disso, como afirma Bertolozzi (1998), existe identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, por terem um substrato comum, tornando-os imbricados.

Nesse sentido, Breilh (1995) afirma que a interpretação das representações das pessoas está assentada em uma visão histórica do processo saúde-doença, que entende o homem como ser historicamente determinado e, ao se relacionar com o concreto e com o coletivo, caracteriza-se pela constante transformação da realidade. A realidade é contraditória e dinâmica, sendo conformada por processos de produção e reprodução social, além do aparato jurídico-político-ideológico. Os processos biológicos da saúde são parte do todo da vida social da coletividade. Essa visão de mundo consiste no materialismo histórico e dialético, que entende a saúde e a doença como pólos opostos de um mesmo processo, sendo

determinado pela forma como o homem se relaciona com a natureza e com os demais homens.

A opção metodológica adotada permitiu, ainda, revelar os aspectos que aproximam e distanciam da articulação ensino-serviço em um Distrito de Saúde Escola de uma grande cidade.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O Distrito de Saúde Escola Butantã

O presente estudo foi realizado no Distrito de Saúde Escola Butantã (DSE Butantã), no município de São Paulo. O município de São Paulo ocupa uma área de 1.523 km² e possui uma população de 10.838.581 habitantes, constituindo-se no mais populoso município brasileiro (São Paulo, 2005a).

Seguindo dados da Secretaria Municipal de Planejamento Urbano (Sempla), o Distrito do Butantã, ou Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, está localizado no extremo oeste da Cidade de São Paulo e possui uma área de 56,10km² e uma população total de 377.351 pessoas. O Distrito do Butantã possui cinco Distritos Administrativos: Butantã (50.223), Morumbi (32.425), Rio Pequeno (11.3673), Raposo Tavares (32.425) e Vila Sônia (87.863). Tomando como referência a população do município de São Paulo, de 10.838.581 habitantes, a do Butantã representa a 3,48% (SEADE, 2000).

Quanto à escolaridade, a média de anos de estudo da população residente no distrito é de 7,6, contra 8,4 no município como um todo. (IBGE, 2000).

A diversidade na renda familiar na Subprefeitura do Butantã, em 2000, evidencia a desigualdade social em distritos vizinhos. Considerando a maior prevalência por distrito, no Morumbi e Butantã, respectivamente, 60,58% e 37,88% das famílias recebiam de 25 salários mínimos (SM) ou mais; em Raposo Tavares e Rio Pequeno,

respectivamente, 29,05% e 22,77% recebiam de 5 a menos de 10 SM, e na Vila Sônia 29,07% recebiam mais de 25 SM (IBGE, 2000).

Quanto à forma de esgotamento sanitário, dos 106.548 domicílios do Distrito em 2000, 98.426 possuíam rede geral, enquanto 2.541 destinavam pra fossa séptica, 1.215 para fossa rudimentar ou vala e 4.366 para cursos d'água ou outros (IBGE, 2000).

Segundo dados de 2000, quanto ao destino do lixo 93,97% era coletado por serviço de limpeza; 5,52% coletado em caçamba de serviço de limpeza; 0,03% queimado ou enterrado na propriedade; e 0,47% jogado em terreno baldio, logradouro, curso d'água ou outro (IBGE, 2000).

Quanto à taxa de mortalidade infantil na Subprefeitura do Butantã, em 2003, do total de nascidos vivos, a taxa de mortalidade Infantil foi de 13,16%, sendo 7,30% neonatal precoce, 2,21% neonatal tardia, totalizando uma taxa de mortalidade neonatal de 9,51%. Já a taxa de mortalidade pós-natal foi de 3,65% (IBGE, 2000).

Como principal casa de morte por Distrito na Subprefeitura do Butantã, prevalece em primeiro lugar as doenças cerebrovasculares, seguido de homicídio – mais prevalente nos Distritos de Raposo Tavares Rio Pequeno e Vila Sonia – e em terceiro, doença hipertensiva. (São Paulo, 2005b).

Existem no território de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã treze Unidades Básicas de Saúde: Butantã, Caxingui, Jardim Boa Vista, Jardim D'Abril, Jardim Jaqueline, Jardim São Jorge, José Marcílio Malta Cardoso, Paulo VI, Real Parque, Rio Pequeno, Vila Borges, Vila Dalva, Vila Sônia. Os demais equipamentos municipais do Butantã são o Ambulatório de Especialidades Peri-Peri, Centro de Atenção Psicossocial Adulto Butantã, Hospital Municipal Prof. Mario Degni, Pronto Socorro Municipal Bandeirantes, Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS) Butantã e Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Pq. Previdência (São Paulo, 2007).

O campo da investigação desta pesquisa, relativo ao grupo dos trabalhadores da rede municipal de saúde que recebem alunos de

graduação em estágio, restringiu-se às UBS Jardim Boa Vista, Vila Dalva e Jardim São Jorge, além do Centro de Saúde-Escola Butantã, que se constitui uma unidade docente-assistencial da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade dos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria, Clínica Médica e FOFITO (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional). Com atividades desde 1977, o CSEB tem contribuído para o desenvolvimento das práticas de atenção primária especialmente através de suas atividades de formação e pesquisa em serviço.

Mapa 1 – Município de São Paulo por Coordenadoria Regional e Supervisão Técnica de Saúde

Fonte: Prefeitura de São Paulo

O DSE Butantã está localizado na Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, e constitui-se numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e a Universidade de São Paulo através da Faculdade de Medicina, da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública, para atuação conjunta na gestão, ensino e pesquisa, no âmbito da região do Butantã (São Paulo, 2005).

Segundo Sobrinho e Capucci (2003) foram criados, até dezembro de 2002, quatro Distritos de Saúde Escola: Butantã, em parceria com a Universidade de São Paulo; Sacomã e Vila Maria com a Universidade Federal de São Paulo; e Parelheiros/Grajaú com a Universidade de Santo Amaro. Até fevereiro de 2003, estava em discussão a criação de mais um Distrito Escola na zona leste de São Paulo em parceria com a Irmandade de Santa Marcelina.

Desde 2001, uma comissão composta por docentes do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), juntamente com representantes da administração municipal e representantes das Faculdades de Saúde Pública, Enfermagem e Hospital Universitário, desenvolveu esforços para a implantação do Distrito-Escola Butantã (Centro de Saúde Escola Butantã).

No final de 2002 foi formalizada uma carta de intenções de atuação conjunta para a implantação de atividades na área do DSE Butantã entre a USP e a Prefeitura do Município de São Paulo. Um dos programas prioritários para a Secretaria Municipal de Saúde é a implantação do Programa de Saúde da Família no município e iniciou-se a sua implantação no DSE Butantã. Estava prevista para 2003 a participação de alunos da graduação de medicina no PSF na área (Centro de Saúde Escola Butantã).

Sendo o município de São Paulo o mais populoso do país, com 10.838.581 habitantes em 2004, com alta concentração de escolas, possui, conseqüentemente, um número expressivo de alunos e de profissionais da área da saúde. A descontinuidade dos programas de saúde no município

constitui uma dificuldade na efetivação de um projeto político-assistencial na região que possibilite sua avaliação com o decorrer do tempo.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população total do estudo foi composta de 10 (dez) pessoas, sendo 4 (quatro) ligadas a instituições de ensino da Universidade de São Paulo, 5 (cinco) a Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã e que recebiam alunos de graduação no cotidiano do trabalho; e 1 (uma) ligada à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, exercendo a função de Coordenador da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. As Unidades de ensino envolvidas no estudo e o número de participantes de cada uma delas foram: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (02), sendo um docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e a Coordenadora de Graduação; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (02), sendo um docente do Departamento de Medicina Preventiva e o Coordenador de Graduação. Já as UBS com os respectivos números de sujeitos foram: V. Dalva (01), em que foi entrevistada a gerente; Jardim São Jorge (02), cujos sujeitos foram médicos de família; Centro de Saúde Escola do Butantã (01), onde foi entrevistado um médico; Jardim Boa Vista (01), constituindo-se sujeito da pesquisa uma enfermeira de família. A Fundação Faculdade de Medicina é a instituição parceira das Unidades de Saúde (exceto no Centro de Saúde Escola Butantã). Saliente-se que os docentes participantes da pesquisa exerciam atividades de ensino nessas Unidades através de supervisão direta ou indireta dos alunos de graduação, excluindo-se os coordenadores de graduação; da mesma forma que todos os trabalhadores das Unidades entrevistados recebiam alunos de graduação.

A escolha das UBS se deu com base no critério de que, para fazer parte do estudo, a mesma deveria receber alunos de mais de um curso de graduação para atividades práticas. Já a escolha dos sujeitos a serem entrevistados em cada UBS ocorreu por sorteio.

Ressalte-se que como população inicial deste estudo foi incluída a participação de docentes do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública e do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia, ambos os cursos ligados à Universidade de São Paulo. Porém, acabaram por serem excluídos do estudo porque os alunos desses ambos os cursos não realizavam atividade prática na Supervisão Técnica do Butantã na ocasião.

Todos os participantes da pesquisa possuíam ensino superior completo, dividindo-se da seguinte forma quanto ao curso: Medicina (05), Enfermagem (04), Assistência Social (01).

Em relação à formação complementar dos entrevistados, todos a possuíam, sendo que, destes, 05 referiram ter cursado especialização (Gerência de Unidade de Saúde, Saúde Pública, Pronto Socorro, Gerontologia, Medicina); 03 referiram mestrado (Saúde Coletiva, Enfermagem); 05 referiram ter doutorado (Patologia, Enfermagem Pediátrica, Saúde Coletiva), sendo um cursando; 02 referiram Residência Médica (Medicina da Família e Comunidade, Clínica Geral); 02 Pós-doutorado (Medicina Preventiva, Clínica Médica) e 01 livre-docência (Patologia).

Quanto ao cargo exercido pelos participantes no momento da entrevista, 02 eram coordenadores de graduação, sendo um da EEUSP e 1 da FMUSP; 02 docentes de graduação, sendo um do Departamento Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP e um do Departamento de Clínica Médica da FMUSP; 01 coordenador da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, 02 médicos de família, 01 médico sanitário, 01 enfermeiro de família e 01 gerente de Unidade de Saúde.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas de forma individual, em horário previamente agendado.

A escolha pela entrevista como parte dos procedimentos para coleta de dados se justifica pelo fato da existência de poucos documentos que versam sobre a criação do Distrito de Saúde Escola Butantã, bem como sobre o desenvolvimento de projetos de articulação ensino-serviço na região.

Para compreender a articulação docente-assistencial entre as unidades de ensino e da Universidade de São Paulo e as UBSs do DSE Butantã e suas contribuições para implantação do modelo da VS, foi utilizado um questionário semi-estruturado (Anexo 1).

As entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas. Para análise, utilizou-se a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre, comparando-se os discursos da academia com os do serviço. A técnica de DSC proposta por Lefèvre constitui na organização de dados discursivos da pesquisa qualitativa, que permite resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema, num dado universo, consistindo nas Representações Sociais. Assim sendo, a matéria prima a ser utilizada no DSC é o pensar, expresso de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos, sobre um determinado assunto. Segundo este autor, “as Representações Sociais constituem um conhecimento muito próximo da ação cotidiana e que tem a função de guiar, orientar, justificar esta ação”.

O DSC configura uma “coletividade discursiva” cujo conteúdo compõe-se pelo o que é falado por um sujeito individual e pelo que seu “companheiro de coletividade” atualiza por ele. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo, que se inicia pela decomposição desses nas principais ancoragens ou idéias centrais presentes em cada um,

individualmente, e em todos, reunidos, seguindo-se a isso uma síntese, que visa a reconstituição discursiva da representação social.

Os passos até a síntese, segundo o autor, incluem: leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas, leitura e resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas, identificação das idéias centrais de cada resposta, análise de todas as expressões-chave e idéias centrais agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos, identificação e nomeação da idéia central do conjunto homogêneo, construção dos DSC de cada quadro obtido na etapa anterior, atribuição de um nome ou identificação para cada um dos DSC.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS LEGAIS

O projeto de pesquisa, em conformidade à Resolução 196/96, foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (CEPSMS) através do parecer nº 0204/2005. Após a aprovação, foi solicitada autorização para realização do estudo junto à Supervisão Técnica de Saúde Escola Butantã. Para a coleta de dados foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, onde os sujeitos puderam receber informações e tirar dúvidas e por livre e espontânea vontade concordaram em participar da pesquisa, sendo garantido todo sigilo de forma a assegurar a privacidade dos sujeitos (anexo 2).

4 Resultados e Discussão

Como propõe a técnica do DSC, as falas dos sujeitos foram organizadas segundo a Idéia Central que as mesmas trazem e os temas que constituem estas Idéias Centrais. Neste estudo os DSC foram agregados segundo dois grupos de sujeito coletivo, ou seja, os sujeitos mais ligados à **academia** e os sujeitos mais ligados ao **serviço**. Optou-se por uma apresentação que dê visibilidade às concepções dos sujeitos relativas a três grandes questões: como se dá a operacionalização do ensino no DSE Butantã, como se dá a articulação do ensino com o serviço e como essa articulação colabora para a implantação do modelo de VS no DSE Butantã.

4.1 OS PROGRAMAS DE ENSINO E A OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DE GRADUAÇÃO NO DSE BUTANTÃ, NA PERSPECTIVA DOS DOCENTES

Nessa pesquisa, **relativo à caracterização dos programas de ensino e à operacionalização dos mesmos no DSE Butantã**, encontraram-se nos discursos dos docentes entrevistados cinco idéias centrais, quais sejam: *1) existem atividades de ensino sendo desenvolvidas no Distrito de Saúde Escola do Butantã que atendem a um fluxo formal e envolvem contrapartidas da Universidade; 2) existem formas diferentes de cada instituição desenvolver seu programa de ensino; 3) o Pró-Saúde se constitui em um projeto que encaminha para articulação ensino-serviço nos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina; 4) a Fundação Faculdade de Medicina constitui-se numa mediadora para o estabelecimento de parceria entre a Universidade e a Unidade Básica de Saúde; e 5) existe atividade de ensino, mas não existe integração entre o DSE Butantã e a Universidade.*

Idéia Central 1 – Existem atividades de ensino sendo desenvolvidas no Distrito de Saúde Escola Butantã que atendem a um fluxo formal e envolvem contrapartidas da Universidade

Tema A – Existe um fluxo formal a ser seguido pela Universidade, via Secretaria de Graduação, a fim de solicitar campos de estágio junto à Secretaria Municipal de Saúde

Tem um fluxo de contato entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde, onde a Universidade procura a Secretaria e diz que tem interesse em realizar estágio, faz uma solicitação escrita à Coordenadoria de Saúde, depois é assinado um convênio e seguem-se algumas normas. Tem uma coisa que é geral para todas as Unidades que é uma formalização via Secretaria de Graduação: é feito um contato com as Unidades via documental onde são solicitados os campos de estágio, os períodos em que vão ocorrer, os horários, o número de alunos e o docente responsável. Na Coordenadoria de Saúde do Butantã existe espaço para realização de estágios não só para a USP; tem uma concentração maior desta até pela proximidade geográfica. Da USP, tem a Faculdade de Medicina, de Enfermagem, Terapia Ocupacional, e outras, mas isso não impede que outras Universidades realizem estágios. Em algumas situações é um número muito grande de alunos e traz uma certa dificuldade pra Unidade porque precisa dar atenção ao aluno, e se o número de alunos for muito grande, tumultua um pouquinho o andamento da Unidade.

Tema B – A ocorrência das atividades de ensino envolve contrapartidas da Universidade para com a Prefeitura

A negociação dos estágios ocorre na Coordenadoria porque tem contrapartidas das Universidades na hora em que trazem os alunos. E não pode ser uma contrapartida do tipo levar a terapeuta ocupacional da Unidade pra fazer um curso na Universidade, uma vez

que esteja ocorrendo o estágio de terapia ocupacional. Não pode ser algo tão particular assim; é um compromisso maior da Universidade de capacitação dos profissionais como um todo, ou doação de equipamento que sirva à rede, senão fica uma situação muito particularizada, e não é isso o que se quer. Existe bastante variação nas disciplinas e campos de estágio, sendo que, provavelmente, vai ter desde disciplina que senta com o enfermeiro pra discutir a programação até disciplinas que apareçam no campo para o dia do estágio. Em relação ao acompanhamento dos alunos, predominantemente são supervisionados pelos docentes. Têm alguns campos em que a enfermeira se interessa e fica mais próxima dos alunos vendo o que acontece, mas não assume a atividade de acompanhamento deles em campo. Existe já uma certa modificação no sentido de discutir os projetos que serão desenvolvidos, a partir de uma escolha prévia da UBS de dizer onde quer conhecer um pouco mais. Então, os alunos vão lá pra depois devolverem essas informações pra Unidade. Temos aí uma integração ainda incipiente, mas ela é um pouco mais efetiva do que já foi há um tempo atrás. Há uma preocupação em encaminhar para o grupo que coordena a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã e para todas as UBS o programa da disciplina, o cronograma das aulas, os instrumentos que serão utilizados. O plano de ensino tem sido encaminhado para os enfermeiros do campo também, e as dúvidas quanto ao conteúdo ministrado aos alunos, os objetivos da disciplina e o que se espera das atividades de campo, têm sido esclarecidas.

Idéia Central 2 – Existem formas diferentes de cada instituição desenvolver seu programa de ensino

Tema A – No curso de Medicina, houve a criação da Comissão de Atenção Básica na Faculdade de Medicina, com objetivo de orientar a formação dos alunos de graduação em Atenção Primária à Saúde

A Comissão de Atenção Básica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi criada com o objetivo de implantar o ensino de atenção básica durante a graduação, ajudando a gerir as disciplinas e os projetos de atenção primária da Faculdade. Essa Comissão é coordenada pelo vice-diretor da Faculdade, e reúne representantes de vários Departamentos (Clínica Médica, Medicina Preventiva, Ginecologia e Obstetrícia, e Pediatria), representantes dos alunos, dos médicos das Unidades, e dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Essa comissão tenta trabalhar os projetos como sendo supradepartamentais, onde haja realmente uma integração com a rede e com todos os problemas que acontecem.

A Faculdade de Medicina tem muito mais tradição no ensino do setor secundário e terciário, e de uns anos pra cá decidiu investir também na formação na atenção primária. O curso de graduação em Medicina na área de atenção primária está dividido em três momentos. O momento um refere-se à disciplina Atenção Primária à Saúde I, onde o aluno do primeiro ano passa um período de quatro horas por semana durante todo o ano letivo em estágio em uma das três Unidades Básicas de Saúde do Butantã que têm Programa Saúde da Família: as Unidades Jd. São Jorge, Jd. Boa Vista e Vila Dalva. Vão 30 alunos por Unidade, levados por um ônibus que os deixa na Unidade e os traz de volta. O aluno fica vinculado numa determinada Unidade e vai sempre voltar nela, no terceiro e no quinto ano. No primeiro ano eles acompanham a atividade dos Agentes Comunitários, conhecem as fichas e impressos utilizados por eles,

conhecem a Unidade, as referências e contra-referências da região, e andam pelo território, conhecendo as áreas. No segundo semestre, eles identificam um problema daquela Unidade, constroem uma estratégia e programam uma intervenção. O momento dois ocorre no terceiro ano, na disciplina Atenção Primária à Saúde II, quando os alunos têm como foco o restante da equipe de Saúde da Família. O aluno acompanha algumas famílias durante o estágio, faz visitas domiciliares, já com outro papel: o de fazer uma ponta de dedo pra verificar o valor da glicose, medir pressão, ou algum outro tipo de procedimento mais ativo. Eles também acompanham o auxiliar de enfermagem, o médico e a enfermeira no acolhimento, acompanham algumas consultas e, inclusive, atendem sob supervisão. E vão conhecer o que é feito na Unidade com relação à Vigilância Epidemiológica. Já o momento três irá ocorrer no quinto ano, tendo a perspectiva de ser implantado em 2008, onde a proposta é que o aluno vá como médico de família atender casos, ter uma agenda própria. Ele irá quatro horas por semana para aquela Unidade onde já ficou no primeiro e no terceiro ano. Sua atividade será atender casos novos e retornos, discutindo com o médico de família que é o preceptor lá na UBS.

Tema B – No curso de Enfermagem, as atividades de ensino do curso de graduação em Enfermagem compreendem o reconhecimento das necessidades de saúde da população do território para planejamento das atividades de intervenção

Na Coordenadoria de Saúde do Butantã, existe o Centro de Saúde Escola do Butantã que é bastante utilizado por várias disciplinas e Departamentos diferentes (minimamente trabalham os Departamentos de Enfermagem em Saúde Coletiva, Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica e Orientação Profissional). Existe, ainda, o Hospital Universitário, onde trabalham todos os Departamentos da Escola. E nas outras Unidades da Coordenadoria

de Saúde do Butantã, só o Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva tem atividades. Existem, ainda, algumas atividades em creches, que são Unidades de Educação. Na verdade, não existem programas de ensino; tem na perspectiva de programas de disciplinas. O objetivo da disciplina “Fundamentos e Práticas da Enfermagem em Saúde Coletiva” é fazer com que os estudantes aprendam e apreendam o reconhecimento do território como o local onde nascem as necessidades de saúde dos moradores e, a partir daí, que a UBS implemente ações para responder a essas necessidades. Os alunos vão às casas dos moradores para reconhecer condições de trabalho, vida e saúde desta população, do que adoecem e morrem as pessoas nos diferentes pedaços do território.

Idéia Central 3 – O Pró-Saúde se constitui em um projeto que encaminha para a articulação ensino-serviço nos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina

Existe uma formalização que é a questão do Pró-Saúde. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançaram em comum parceria uma proposição de apoio, oferecendo uma linha de crédito pra projetos voltados pra integração ensino-serviço, pra melhorar o ensino dos alunos de graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia no que diz respeito ao SUS. A Escola de Enfermagem fez um projeto que foi aprovado, o qual envolve a aquisição de equipamentos, entre outros itens. A Medicina vai estar construindo local apropriado para o uso desses equipamentos, de forma que venha a constituir material de educação permanente tanto para os trabalhadores das Unidades quanto para uso dos alunos. Então, agora com o dinheiro do Pró-Saúde que a Faculdade de Medicina recebeu (R\$1.8000.000,00), a prioridade número um é aumentar o

número de consultórios nas Unidades para que todo mundo possa conviver melhor dentro delas, e criar Salas Pró-Aluno nas Unidades. Assim sendo, esse dinheiro do Pró-Saúde na Medicina vai ser utilizado para, basicamente, adaptar as Unidades pra receber os alunos e adequar as Unidades para as funções que elas têm. Por exemplo, construir uma sala de procedimento em cada Unidade, construir os banheiros e as rampas para deficientes, aumentar o número de consultórios e fazer uma grande Sala Pró-Aluno com acesso a Internet, que sirva também para o médico de família fazer sua reciclagem, que ainda é muito restrita nas Unidades.

Idéia central 4 – A Fundação Faculdade de Medicina constitui-se numa mediadora para o estabelecimento de parceria entre a Universidade e a Unidade Básica de Saúde

Em geral, existe uma parceria do docente da Faculdade em trabalhar com o preceptor da Atenção Básica. Em geral, os médicos selecionados são muitos ex-alunos da USP e fizeram as melhores residências de saúde da família. A Fundação Faculdade de Medicina (FFM) participa da seleção desse médico que vem para o Butantã, e já na seleção informa que se trata de um Distrito acadêmico, onde ele terá responsabilidade de ensino, além do atendimento, assistência e pesquisa.

A Prefeitura, desde 2001, dividiu a cidade em 12 parceiras e entregou a gestão das regiões para algumas parceiras, entre elas a FFM que atua na região do Butantã. A Comissão que faz a seleção é conjunta: os docentes da FMUSP fazem a parte técnica, ou seja, a seleção; a FFM faz a parte administrativa, da contratação nos moldes de uma parceira. A relação com a FFM é simplesmente uma questão administrativa; ela não tem nenhuma influência nos rumos do trabalho, é só para facilitar o estabelecimento de convênios com a

Universidade de São Paulo. Então, os convênios que a Prefeitura estabelece é com a Fundação, que seria nosso banco, através da qual os recursos são disponibilizados. Existe um convênio guarda-chuva firmado há dois anos que criou essa parceria entre a Prefeitura e a Universidade, de forma a permitir que o aluno freqüente a UBS, enquanto dá retaguarda em termos de discussão de casos, internação, participação dos médicos preceptores nos cursos da graduação e possibilitando que realizem pós-graduação na Universidade. Mas a proposta é que, no futuro, seja uma coisa gerida pela Universidade com participação da Prefeitura. Essa proposta ainda não está implantada, é toda uma negociação que está acontecendo entre a FMUSP e a Prefeitura para ver se pode ser feita essa passagem, como vai ser feita e em quanto tempo. Então, essas duas coisas juntas: a Faculdade dando maior ênfase ao ensino de atenção primária e levando os alunos para mais perto da comunidade, e a Prefeitura querendo parceiras para gerir as Unidades, foi um casamento que deu certo e que ainda está em crescimento.

A Faculdade de Medicina tem um projeto bastante ambicioso de integração ensino-serviço, porque a idéia é a criação do que a gente está chamando de Distrito de Saúde Escola Butantã, e através da FFM está sendo pensado um convênio em que a USP seria responsável pela atenção à saúde integral nesse Distrito. Em 2001, ocorreu a primeira iniciativa para a criação do Distrito de Saúde Escola Butantã. A FMUSP, através do Departamento de Medicina Preventiva, a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Saúde Pública se reuniram pra criar o Distrito de Saúde-Escola, onde a idéia seria uma integração ensino-serviço bastante profunda, mas que, atualmente, não funciona.

Idéia central 5 – Existem atividades de ensino, mas não existe integração entre o Distrito de Saúde-Escola e a Universidade

A unidade escolar tem total autonomia para propor seu plano de ensino, o qual não é encaminhado para autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Para realização de estágio nas UBSs que não são Escolas, não existe nenhuma formalização. Há bastante tempo tem sido tentada uma formalização do convênio da Universidade com a Secretaria. Tem vários entraves e dificuldades que levaram até agora a não formalização desse convênio, como exigências jurídicas de cada uma das instâncias, de forma que a Universidade tem um modelo de proposição de convênio e a Secretaria tem outro e não se chegou a um acordo. Existem trabalhos acontecendo formalmente no sentido de que as pessoas estão na rede e representam a Universidade. A Supervisão Técnica de Saúde, que é uma instância mais ampla que a Unidade, não vem aqui pra olhar o programa das disciplinas ou sugere que se agreguem conteúdos teóricos ou práticos. Não se trata de uma articulação. A Universidade chega com a proposta pronta; é encaminhado um pacote com cronograma e programa de estágio, tanto para Supervisão quanto para UBS, sempre na esperança de que dêem algum retorno. Essa é uma questão: a integração não acontece do jeito que a Universidade gostaria, mas existe uma esperança. Quanto aos programas de ensino desenvolvidos, particularmente nas Unidades de Programa Saúde da Família da região do Butantã, têm estagiários de medicina e de terapia ocupacional da FMUSP, e de enfermagem da USP. Nem mesmo entre os cursos há integração. Existem algumas tentativas de conversar mais com os estudantes de outros cursos, de fazer visitas conjuntas nos domicílios, mas na verdade não se conseguiu nem integração formal entre os estudantes de enfermagem e de medicina, o que dirá entre programas. Mesmo dentro das Unidades não há integração entre os trabalhadores; eles respondem às demandas de

ensino, mas sem participar da organização das disciplinas ou objetivos das aulas práticas.

Os DSCs acima apontam que da perspectiva dos docentes há predomínio de alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional da USP realizando estágio de graduação em Unidades Básicas do DSE Butantã. Entretanto, foi apontada a existência de estágios concomitantes de outras Universidades e cursos na região, o que ocasiona um grande número de alunos, fazendo-se necessária a organização dos campos pela Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste para facilitar a operacionalização das atividades de ensino.

Quanto ao contato dos docentes para providenciar campos de estágio prático na região do Butantã, o grupo academia descreve um fluxo formal de contato entre as Secretarias de Graduação das instituições com a Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste, e outro informal de contato entre o docente da FMUSP e o médico de família.

Outro ponto levantado na fala dos entrevistados é que a negociação das atividades práticas envolve contrapartidas das Universidades para com a Coordenadoria ao trazerem alunos, preferencialmente por meio de capacitações dos trabalhadores da rede e doação de equipamentos.

Feuerwerker, Costa e Rangel (2000), comentando a experiência da Rede Unida na diversificação de cenários de ensino e trabalho, também reconhecem a importância de se estabelecer contrapartidas das universidades com os serviços de saúde com vistas a garantir a continuidade da cooperação que, muitas vezes, envolvem educação permanente dos profissionais dos serviços.

Observa-se, no discurso dos docentes, que houve uma recente preocupação em inserir o aluno de graduação de Medicina em contato com a Atenção Primária nos primeiros anos do curso, sabidamente voltado, historicamente, para a realização de estágios nas assistências secundária e terciária, dentro dos hospitais.

No Jornal da USP da semana de 29 de novembro a 06 de dezembro de 2004, é destacado que a reestruturação do sistema de saúde, que vem acontecendo nas esferas federal, estadual e municipal, alavancou o aprimoramento da grade curricular do curso de graduação pela FMUSP, a qual implementou, a partir de 2003, a disciplina obrigatória Atenção Primária à Saúde. Esse fator propiciou ao aluno uma formação não só hospitalar, conhecendo e interagindo no sistema como um todo, e aproximando-o da comunidade.

O DSC da academia coloca que essa mudança curricular foi possibilitada graças à criação da Comissão de Atenção Básica na Faculdade de Medicina, composta por alunos, médicos das Unidades, docentes dos diversos Departamentos da Faculdade e o vice-diretor, e gestores da SMS, de forma a orientar a formação dos alunos em Atenção Primária. A participação de docentes de diversos departamentos tem facilitado a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem mais ativas e proposição de medidas para transformar o processo formativo na área da saúde (Feuerwerker, Costa, Rangel, 2006).

Entretanto, diferentemente das experiências anteriores da Rede Uni – onde Feuerwerker (2000) aponta que a estratégia fundamental para mudar a formação dos profissionais de saúde é a construção de parcerias entre universidades, serviços de saúde e população organizada numa determinada área geográfica – a Comissão de Atenção Básica não possui representantes da comunidade. Este fato pode se constituir num dificultador no atendimento às necessidades de saúde da população envolvida, uma vez que não é reconhecido e fortalecido seu papel de sujeito no processo de ensino-aprendizagem.

Silva Jr et al (2006), comentando sobre a experiência de articulação entre universidade, serviço e sociedade na Universidade Federal Fluminense, coloca que uma das estratégias para implantar mudanças curriculares no curso de medicina contou com a discussão e aprovação das mesmas junto ao Conselho Municipal de Saúde e os Movimentos Sociais de

Niterói. Ainda assim, afirma que a estrutura de coordenação do novo currículo é composta por representantes ligados à Prefeitura ou à Universidade.

O programa de ensino em Atenção Primária do curso de Medicina está dividido em 3 anos letivos, que correspondem ao primeiro, terceiro e quinto anos do curso, cada um com seu objetivo específico e complementar ao estágio anterior. No primeiro semestre do curso, os graduandos de Medicina conhecem o território de abrangência da Unidade e acompanham o trabalho do agente comunitário de saúde. Já no segundo semestre, identificam um problema daquela UBS, propõem uma intervenção e a implementam. No terceiro ano o aluno acompanha outros profissionais da equipe PSF e faz alguns procedimentos. E no quinto ano, que tem previsão de ser implantado em 2008, o aluno irá atender consultas agendadas na UBS, tendo o médico de família como preceptor para discussão de casos.

Já no curso de Enfermagem, o DSC dos docentes revela equipamentos de saúde utilizados como campo de estágio na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã que não apenas as UBS/PSF, como também o Hospital Universitário, o Centro de Saúde Escola Butantã e creches. Ainda em relação ao curso de enfermagem, o objetivo da disciplina uma disciplina é fazer com que os estudantes reconheçam o território como o local onde estão as necessidades de saúde dos moradores para, a partir daí, implementarem ações que respondam às mesmas.

O acompanhamento dos alunos por parte dos docentes pode ocorrer de forma presencial ou à distância, sendo que, neste último caso, é feita supervisão por algum profissional do serviço. Também foi levantado que o contato entre os docentes e os campos de estágio se dá de forma diferente em cada disciplina e o retorno dos profissionais é uma questão individual, a depender do interesse dos mesmos.

Uma estratégia de articulação do curso de enfermagem é a presença das “Técnicas Especializadas Em Saúde Coletiva” nas unidades de saúde, que são enfermeiras contratadas pela Universidade com o fim de

desenvolverem atividades de apoio ao ensino e ao serviço primordialmente nas UBS.

Em ambos os cursos de Medicina e Enfermagem, a abordagem inicial do território e o diagnóstico/análise de saúde para identificação e priorização no enfrentamento de problemas, assemelha-se à estratégia desenvolvida pela Rede Unida (Feuerwerker, Costa e Rangel, 2000)

Segundo o autor, neste programa, geralmente os estudantes vão para campo desde o início do curso e ao longo de todo o período letivo, sendo que as atividades nos cenários envolvem um trabalho de reconhecimento dos estudantes em relação ao território/espço, através de trabalho conjunto com os agentes comunitários de saúde.

Mais precisamente na descrição do programa de ensino da Enfermagem, um ponto em comum é a análise da situação de saúde e da organização dos serviços e as várias interpretações sobre saúde que convivem no mesmo território de ação. A partir da identificação e priorização dos problemas, são definidas ações para o seu enfrentamento. Na medida em que estudantes encontram-se em fases mais adiantadas dos cursos, já se incluem também ações clínicas e de educação em saúde, muitas vezes construídas segundo um plano de ação multiprofissional.

Os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da USP foram contemplados com o Pró-Saúde, seguindo a tendência da suprir a demanda de formação de profissionais capacitados para atuar no PSF, (cujas equipes são formadas por médicos, enfermeiros e dentistas, dentre os profissionais de nível superior) e no SUS.

Embora as propostas educativas dos cursos de Medicina e Enfermagem sejam muito parecidas, elas não são desenvolvidas de forma conjunta, ou seja, estudantes desses cursos não realizam atividades em parceria.

Segundo Ferreira (2006) o objetivo primário do Pró-Saúde seria a adequação dos serviços para desenvolvimento das atividades dos alunos. No discurso dos docentes, percebeu-se essa priorização por parte das

instituições de ensino da USP, pois segundo eles a Escola de Enfermagem faria a compra de materiais para atividades de ensino e a FMUSP procederia ao aumento do número de consultórios e à criação de salas de acesso a computadores nas UBS.

Outro discurso revela a parceria dos docentes da universidade com as UBSs mediada pela Fundação Faculdade de Medicina (FFM). A FFM seria uma instância administrativa quanto à seleção dos profissionais, que faz o repasse de verbas da Prefeitura.

Dentro dos moldes de parceria, os docentes identificam a criação do DSE Butantã, tendo a Universidade a responsabilidade de prestar assistência à saúde integral na região. Entretanto, é apontado que essa parceria não funciona atualmente.

Uma outra questão a ser citada refere-se ao DSC dos docentes que considera não existir uma formalização no sentido de integrar ensino e serviço no DSE Butantã, principalmente porque os programas de ensino vêm prontos, sem a incorporação de nenhuma discussão de conteúdos por parte do serviço. O que parece haver é uma cordialidade entre os atores do serviço e da academia no sentido de serem possibilitadas as atividades práticas dos alunos, de um lado, e por proceder à atualização dos profissionais da rede, de outro.

Outros fatores que dificultam a integração para o sujeito academia são a existência de modelos de convênio diferentes pela Prefeitura e pela Universidade, sem que se tenha chegado a um consenso; e a falta de articulação entre os diversos cursos da USP e entre os trabalhadores das UBSs.

De um modo geral, os discursos dos docentes apontam para a compreensão da importância das UBSs e dos serviços como campo de prática para os alunos. Compreendem, também, que a integração entre os diferentes cursos de graduação é incipiente, entretanto, apostam no Pró-Saúde e na parceria técnico-administrativa da FFM como forma de proceder à parceria entre os cursos e os serviços de saúde.

4.2 OS PROGRAMAS DE ENSINO E A OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DE GRADUAÇÃO NO DSE BUTANTÃ, NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No grupo “serviço”, **relativo à caracterização dos programas de ensino e à operacionalização dos estágios de graduação no DSE Butantã**, encontraram-se nos discursos dos trabalhadores dos serviços de saúde entrevistados, quatro idéias centrais quais sejam: 1) *existem atividades de ensino sendo desenvolvidas no DSE Butantã*; 2) *existem formas diferentes de cada instituição desenvolver seu programa de ensino*; 3) *existe uma atividade extracurricular de graduação que é a Liga de Saúde da Família*; e 4) *não existe integração entre a Universidade e o DSE Butantã porque a proposta de integração não está consensuada*.

Assim tem-se na Idéia central 1 o seguinte discurso:

Idéia central 1 – Existem atividades de ensino sendo desenvolvidas no DSE Butantã

No Distrito de Saúde Escola Butantã são realizados estágios de graduação de alunos da Universidade de São Paulo, basicamente, através da Escola de Enfermagem, da Faculdade de Medicina e do curso de Terapia Ocupacional. Além disso, também vão estagiários de um dia para fazer visita ou coleta de dados para trabalho em grupo da UNIP, São Camilo, Albert Einstein e de outras instituições. O contato é via Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste; tem uma pessoa lá responsável que recebe as solicitações dos estágios e entra em contato com a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. Sendo autorizado, as Unidades são comunicadas de que irão receber alunos em determinadas épocas do ano. No curso de medicina, o

contato é feito principalmente com os médicos da equipe de saúde da família. Então, o professor que acompanha os alunos entra em contato com o médico da equipe. A chefia do posto sempre está ciente de todas as atividades que estão sendo desenvolvidas. Pode ser enviado via correio ou pessoalmente por um docente qual vai ser o objetivo daquele estágio que vai ser desenvolvido, o que vai ser abordado, e combinam-se coisas como em quais equipes vai ser desenvolvido o estágio. Geralmente, são feitas reuniões com os professores da Faculdade e com os médicos da Unidade e se chega a um programa que é possível de ser feito nas unidades. Da mesma forma, o pessoal da Escola de Enfermagem vem, com frequência, nas reuniões das unidades para conversar sobre a próxima disciplina. Então, praticamente a cada estágio é conversado sobre o que vai acontecer com os alunos. Eles sempre chamam para um fórum na Faculdade para discutir melhorias e avaliar os estágios que aconteceram, e quais foram as dificuldades que precisam ser aprimoradas.

Idéia central 2 – Existem formas diferentes de cada instituição desenvolver seu programa de ensino

Tema A – MEDICINA: Os alunos de graduação são supervisionados por um professor da Universidade e um médico de família, que é seu preceptor na UBS

Os alunos de Medicina vêm para o posto acompanhados de um professor da Faculdade. Os professores envolvidos com a Disciplina de Atenção Básica são professores da área de Preventiva, Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia. Eles acompanham os alunos através de uma programação que é estabelecida em reuniões prévias. Os médicos de família fazem a preceptoria desses alunos na

UBS, de forma que a Fundação Faculdade de Medicina os contrata especificando que irão realizar atividades com alunos da FMUSP. O primeiro ano tem o objetivo de conhecer a área, o território circunscrito que é atendido pelo Programa Saúde da Família, principalmente através do acompanhamento das atividades do Agente Comunitário de Saúde, conhecem as fichas e os impressos usados por eles. Aí eles acabam detectando o perfil da comunidade, qual é a maior demanda, quais são os problemas que eles enxergam, os problemas trazidos pela comunidade. Desse conhecimento do território e do contato com os Agentes Comunitários e comunidade através de visitas domiciliares, os alunos acabam vendo alguns problemas da área e propondo algumas intervenções, que podem ser feitas na unidade ou em escolas e creches. Então, tem esse tipo de atividade com a comunidade em cima do que eles detectaram que é importante de ser trabalhado na comunidade. E a Faculdade está planejando para que em 2007 venham alunos do quinto ano também para a unidade.

Tema B – ENFERMAGEM: Os alunos de graduação desenvolvem várias atividades e contribuem pra a implementação de rotinas na UBS

A Unidade recebe alunos da Escola de Enfermagem da USP há alguns anos, mesmo antes da criação do Distrito de Saúde Escola. Dependendo da disciplina, os alunos ficam com o docente direto, com exceção do quarto ano, quando ficam com a enfermeira da Unidade. Eles participam de tudo: grupos, consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, conhecem a área de abrangência, participam da vigilância epidemiológica, da sala de vacina. Vêm dois alunos do quarto ano no segundo semestre e ficam em período integral com a enfermeira de alguma área. Tem várias propostas de programas que a Escola traz, como alguns modelos que foram aprovados e já estão

implementados, que são impressos de consulta de Enfermagem da Criança e do Adulto. Tudo isso se deve ao trabalho conjunto que a Escola está fazendo e vai de encontro ao Distrito de Saúde.

Tem uma enfermeira que chama docente técnico que fica aqui dois dias na semana e ajuda nessa conversa; ela faz esse link, já vai coordenando, preparando o terreno pra disciplina que vai chegar. É um contato mais direto entre a Faculdade e a Unidade Básica. Elas supervisionam as meninas do último semestre de Enfermagem, que ficam um pouco mais soltinhas no estágio.

Idéia central 3 – Existe uma atividade extracurricular de graduação que é a Liga de Saúde da Família

A Liga de Saúde da Família começou em 2003 e recebe alunos da Medicina e da Enfermagem, funcionando da seguinte forma: às terças-feiras à tarde vêm os alunos de medicina e às sextas-feiras à tarde vêm os alunos de Enfermagem. Eles não podem vir no mesmo dia por causa da carga horária. Até foi tentado que eles tivessem atividades em conjunto, mas, infelizmente, não foi possível. As Ligas da FMUSP são atividades extracurriculares. Em relação às atividades, os alunos da Liga procuram conhecer o território, a atividade dos agentes comunitários de saúde, o dia-a-dia deles, e participam de atividades da unidade. Numa fase inicial da Liga, os alunos da Medicina acompanham o médico, a enfermeira, o ACS e o auxiliar de enfermagem em visitas domiciliares, e depois já começam a atender, sempre sob supervisão do médico da equipe, e a acompanhar algumas famílias. Depois do atendimento, ele vem e discute o caso e planeja a intervenção junto do paciente ou da família ou às vezes faz visitas domiciliares direcionadas de acordo com que percebe na

consulta. Cada aluno da Liga fica numa equipe, que planeja junto com ele como essas atividades programadas serão feitas.

Idéia central 4 – Não existe integração entre a Universidade e o DSE Butantã porque a proposta de integração não está consensuada

A proposta de integração não está clara; ainda está se engatinhando nessa integração. A Universidade pensa umas coisas e o serviço pensa outras, e aí quando a Universidade vem aqui na expectativa de desenvolver um trabalho, nem sempre isso responde à necessidade do serviço. No momento, o que acontece é que a academia pensa e quer fazer e a UBS tenta suprir, mas não que isto vá de encontro ao que o serviço precisa.

O DSC dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde também reconhece a presença de alunos de outras universidades além da USP realizando atividades de ensino na região, e da mesma forma aponta um fluxo formal de solicitação de estágios junto à Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste e informal de contato entre docente da FMUSP e médico de família da UBS.

O DSC dos profissionais do serviço também descreve os programas de ensino para os cursos de graduação em Medicina e em Enfermagem, identificando ações como reconhecimento do território, do trabalho do agente comunitário, e a implementação de intervenções diante de problemas identificados.

A participação da universidade através da Escola de Enfermagem é reconhecida pela implementação de rotinas (impressos, Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aquisição de materiais, como no caso dos curativos. O trabalho das Técnicas Especializadas em Saúde Coletiva da

Escola de Enfermagem é destacado como importante para fazer o contato entre a UBS e a universidade, uma vez que são elas que preparam o campo para receberem os alunos.

O discurso dos trabalhadores salienta que não existe integração pela falta de uma proposta clara e porque cada uma das instituições – Universidade e serviços de saúde – pensa coisas diferentes e, portanto, a presença dos alunos de graduação ainda não responde à necessidade do serviço.

A Liga de Saúde da Família é uma forma de articular os alunos de medicina e enfermagem com a dinâmica da UBS, que é reconhecida pelos profissionais do serviço e que não foi citada no discurso da academia. Seu programa consiste em atividades semelhantes às desenvolvidas nos estágios de graduação.

É importante observar que as idéias centrais descritas acima são muito parecidas com as apresentadas anteriormente, o que nos permite afirmar que embora emergindo de grupos distintos, existe um certo consenso em relação aos temas relativos à articulação entre os diferentes atores sociais.

Assim, pode-se observar que os DSC dos docentes e dos trabalhadores do serviço reconhecem a existência de uma relação formal entre ensino e serviço, descrito a partir da existência de um fluxo de solicitação de estágios junto à Coordenadoria de Saúde do Butantã, através da Secretaria de Graduação. Esta relação se complementa a partir de um outro fluxo (mais informal) de contato diretamente entre o docente da disciplina e a UBS. Fica claro que as duas instituições estabelecem um diálogo com base em aspectos legais e de troca.

Observa-se, ainda, que os DSC concordam com o fato de que existem atividades de ensino, entretanto sem de fato existir um projeto partilhado de formação profissional. Isso fica claro quando os DSC reconhecem que não existe integração de fato com partilha de idéias e de projetos, mas que as proposições de projetos de parceria são distintos.

4.3 PERCEPÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO DSE BUTANTÃ, NA PERSPECTIVA DOS DOCENTES

No grupo dos docentes, **relativo à articulação ensino-serviço no DSE Butantã**, encontraram-se nos registros das entrevistas dos sujeitos coletivos as quatro idéias centrais que se seguem: 1) *a integração ensino-serviço ocorre por iniciativa unilateral, através do movimento da academia de incorporar os profissionais do serviço nos programas de estágio e operacionalizar a ida dos alunos*; 2) *a integração ensino-serviço se dá de forma ativa, através da contratação de profissionais do serviço com perfil docente e da discussão conjunta do programa de ensino entre trabalhadores e Universidade*; 3) *a integração ensino-serviço tem contribuído para a melhoria da assistência*; e 4) *existem atividades de ensino mas não existe integração ensino-serviço*.

Idéia Central 1 – A integração ensino-serviço ocorre por iniciativa unilateral, através do movimento da academia de incorporar os profissionais do serviço nos programas de estágio e operacionalizar a ida dos alunos

No Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, existem três enfermeiras que não são docentes, e são contratadas para ficarem no campo de segunda a quinta – cada uma se divide em duas Unidades, ficam dois dias em uma Unidade, dois dias na outra – e a tarefa delas é justamente tentar articular ações que são feitas no ensino com a prática na Unidade. Elas também incentivam os trabalhadores a operacionalizarem ações de ensino, montam grupos ou ações no território que servem depois como campo para o ensino. Sendo assim, nesse momento, são elas que fazem integração, que lêem as características e o trabalho da Unidade, tentam ampliar ou estabelecer algumas ações que possibilitem as aulas práticas. Elas

vão pra campo independente de os alunos estarem em época de estágio; ficam o ano inteiro de segunda a quinta, que é pra fazer esse fio condutor de articulação. Então, elas não dão aula na Escola de Enfermagem, não estão na perspectiva do ensino teórico, mas estão na perspectiva do ensino prático, e fazem assistência, também. Não é uma trabalhadora do serviço, mas é quem tem feito uma integração maior nesse projeto. Assim, como os docentes têm a tarefa de ensino, pesquisa e extensão, e não conseguem fazer a assistência, quem tem feito a integração são as chamadas Técnicas Especializadas em Saúde Coletiva, que tentam ampliar essa integração e incentivam a participação de lá pra cá, quando levam o programa e o cronograma da disciplina. A Unidade aloca alguns Agentes para acompanharem os estagiários. Tem uma certa colaboração da Unidade na medida em que concorda em dispensá-los pra que fiquem com os alunos, mas é muito mais numa perspectiva de acompanhar os estagiários do que de desenvolver uma parte das ações conjuntamente ou propor alguma ação. Então, eles estão integrados, mas muito mais numa perspectiva de acompanhar as ações que são feitas.

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

Existe muita participação dos trabalhadores da rede. Desde antes de a Unidade ser do Programa Saúde da Família, temos tentado que alguém, pelo menos da Enfermagem, nos acompanhe nos inquéritos domiciliares, depois que haja discussão deles. Sempre foi proposto discutir esses relatórios e tentar fazer ações conjuntas, de forma a levar junto algum trabalhador do serviço, inclusive pra que

essas ações tenham continuidade ao longo do tempo, quando o grupo de estudantes sair da Unidade. Agora que lá passou a ser uma Unidade de Saúde da Família, quem mais acompanha os estágios são os Agentes Comunitários de Saúde. Antes de começarmos os inquéritos, é discutido com eles o porque de ter aquele tipo de questão, o que isso tem a ver com as condições de saúde dos moradores, e depois porque está sendo desenhado esse tal projeto educativo e os incentivamos a acompanharem as visitas. Existem profissionais dos Campos-Escola, que são o Hospital Universitário e o Centro de Saúde Escola, que têm uma aproximação maior com o ensino. Tem algumas enfermeiras, principalmente do Hospital Universitário, que participam da reorientação curricular. Dessa forma, existe uma atividade formal de integração, onde os enfermeiros e os docentes participam. Na Unidade Básica tem um educador em saúde, que é uma pessoa que tem muito interesse em compreender o referencial teórico usado pela Escola de Enfermagem. Claro que ele reverte isso para o trabalho, de alguma forma, mas muito mais numa perspectiva individual; não tem nenhuma política de incentivo da Unidade pra que isso aconteça.

Na Medicina, os profissionais participam através da Comissão de Atenção Básica, onde existe um representante dos preceptores de cada Unidade que participa das discussões e da elaboração do conteúdo e do modo como as disciplinas são dadas. Então, é feita uma parceria entre um docente que vem da Faculdade ou um médico do Hospital das Clínicas, e um preceptor da própria Unidade. Todos os profissionais das Unidades foram convidados a participar das disciplinas. O pessoal das Unidades se dividiu e ajudou a desenvolver uma disciplina em conjunto com os professores da Faculdade que tem alguma vinculação com as UBS ou com o Centro de Saúde Escola ou com os ambulatorios do Hospital das Clínicas. Então, existe totalmente a participação no planejamento das disciplinas. Por exemplo, agora está sendo montado o curso do terceiro ano para o

segundo semestre, e tem um preceptor de cada Unidade que na maior parte das discussões está presente. Também tem se procurado selecionar médicos para essas equipes com perfil docente, e o trabalho deles e da equipe vai ter que ser organizado de tal forma a dar conta da presença do estudante, às vezes junto com o agente de saúde, às vezes junto com o médico, às vezes no consultório do lado, às vezes no acolhimento, ou em alguma outra atividade. Na verdade os alunos recém-formados pela Universidade vão, fazem residência e voltam, porque querem ficar num lugar acadêmico. Então, a maioria hoje é de pessoas que entraram para o projeto com a perspectiva de participar. Se eles não forem participar de alguma coisa acadêmica, eles nem querem ficar; estão vindo porque querem fazer isso. É até uma coisa que se promete que vai acontecer e tem dado muito certo, e é o que tem feito o programa avançar muito rápido, justamente porque é uma parceria total. Agora, é importante que o profissional da rede seja considerado um docente, que seja incentivada e valorizada essa atividade por parte dele.

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

Quanto à integração academia-serviço, hoje está um pouco melhor do que antes, espero que amanhã fique um pouco melhor do que hoje. Mas claro que não é tão ruim assim, tem uma integração. Na verdade está se criando toda essa metodologia e o que se tem visto é que, de uma maneira geral, quando você transforma o serviço num lugar acadêmico, acaba melhorando a assistência também. E a pesquisa também melhora o ensino e a assistência. Como o profissional fica responsável pelo aluno, acaba estudando mais por ter uma pessoa que vai perguntar, vai questionar o que vai ser feito. E é uma coisa muito importante que já se vê no Hospital das Clínicas há

muito tempo que residente é um grande estimulador das discussões. Na Atenção Básica, também, o docente já tem uma visão crítica da literatura, dos procedimentos e, nessa discussão, por outro lado, o preceptor tem uma visão mais completa da Atenção Básica, porque muitas vezes é ele que está na ponta. Essa troca de informações pelos dois lados é muito rica e é o que deve ser feita na maior parte dos lugares onde a Universidade puder ser uma parceira. Essa questão acadêmica tem sido um ganho. Transportar, agora, esse conhecimento pra Atenção Básica, em contato com o preceptor, tem sido uma coisa muito importante.

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

Ainda falta essa conversa sobre integração. Às vezes a Universidade chega no estágio e... simplesmente chega; é uma pessoa a mais na Unidade. Não daria pra dizer que há integração dos trabalhadores no projeto de ensino; é muito mais um acompanhamento do projeto de ensino pelos trabalhadores, e os alunos acompanhando as atividades que eles realizam. Na consulta de enfermagem inverte: são os estudantes que entram no consultório junto com a enfermeira e acompanham uma ação que ela faz. Da mesma forma não é uma integração; não se pensou um projeto conjunto de modificação, ampliação das consultas. Até tem discussões, às vezes, quando se percebe alguma coisa. Ou mesmo porque quando o aluno entra nas consultas, as enfermeiras se dispõem depois a discutir porque fizeram daquele jeito. Então, na medida do possível, ocorre discussão e é proposta alguma ampliação. Na elaboração das disciplinas, também, não tem participação dos profissionais do serviço.

O DSC dos docentes revela a percepção de que a integração consiste no “recebimento” dos alunos por parte dos trabalhadores da rede, numa perspectiva de acompanhar as atividades dos alunos e não de realizarem atividades conjuntas ou proporem ações. Para Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) a participação efetiva ou não dos profissionais do serviço está intrinsecamente relacionada ao nível de desenvolvimento da parceria, ao nível de organização de cada segmento e às flutuações políticas conjunturais na universidade e nos serviços.

O trabalho das “Técnicas Especializadas em Saúde Coletiva” da Escola de Enfermagem é destacado como um meio de propiciar a integração com os campos de estágio, uma vez que elas ficam o ano todo e promovem atividades onde caiba o ensino de graduação. Dessa forma, as Técnicas é quem fazem o movimento de incorporar os profissionais do serviço nas atividades de estágio dos alunos.

Outro ponto importante levantado pelos docentes é a participação dos profissionais na discussão de casos na Enfermagem com os agentes comunitários, e a participação de algumas enfermeiras do HU na reorientação curricular, sendo membros efetivos do grupo de apoio pedagógico, o qual tem coordenado a reorientação do currículo.

No curso de Medicina, os docentes apontam que os profissionais participam da articulação ensino-serviço através da Comissão de Atenção Básica, onde representantes dos médicos das UBS, que são preceptores dos alunos, participam da elaboração do conteúdo das disciplinas. A integração tem sido buscada desde a contratação do médico da equipe de saúde da família, quando lhe é exposto o papel docente (além de assistente e pesquisador) ao acompanhar os alunos de graduação de Medicina. Para isso, os entrevistados salientam a necessidade de valorizar esse papel docente, configurando-se num importante fator para que o sucesso dessa integração.

Nesse sentido, Feuerwerker, Costa e Rangel (2006) salientam que a valorização, por parte da academia, da função docente desempenhada pelo

profissional do serviço constitui-se num importante fator para aproximação das instituições de ensino e de serviço.

De acordo com o discurso dos docentes, a integração pode ocorrer a partir da iniciativa individual dos profissionais da UBS, quando participam de alguns momentos do ensino. Mas essa participação não garante a multiplicação do tema na UBS pelo profissional. Além disso, reconhecem a particularidade de cada profissional do campo ou de cada disciplina, de forma que a integração ocorre diferentemente em distintas situações.

A presença de alunos de graduação nas UBS é apontada como fator que contribui para a melhoria da assistência, pela responsabilidade de acompanhar e ensinar o aluno, fazendo com que o profissional da rede estude mais. Também a troca entre o docente e o preceptor é vista de forma positiva, pois o docente vem com uma visão crítica da literatura e o preceptor tem uma visão mais completa por estar atuando na prática.

No trabalho cooperativo de parceria entre a Universidade e a rede de saúde, Feuerwerker, Costa e Rangel (2002) salientam a busca da prestação de uma assistência qualitativamente diferenciada, pela presença de professores supervisionando os estudantes, direcionada ao atendimento das necessidades de saúde da população local por diversas categorias profissionais, consistindo em fruto de realização de pesquisas.

O discurso dos docentes revelou ainda que, apesar de existirem atividades de ensino, não existe integração com os profissionais do campo. O aluno de graduação é visto como um elemento a mais na Unidade: ele acompanha as atividades dos trabalhadores e estes acompanham o projeto de ensino dos alunos. Não existe um projeto conjunto de atividades, e os profissionais da rede não participam na elaboração das disciplinas. Não existe um projeto conjunto entre docentes, alunos e profissionais da rede. De um modo geral, os docentes se consideram mais protagonistas da integração porque contratam o pessoal da UBS e com isso melhoram a qualidade dos serviços.

4.4 PERCEPÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO DSE BUTANTÃ, NA ÓTICA DOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para os profissionais dos serviços de saúde, **relativo à articulação ensino serviço no DSE Butantã**, encontraram-se nos registros das entrevistas dos sujeitos coletivos as três idéias centrais: 1) *existe integração ensino-serviço, porém de forma passiva por parte dos profissionais do serviço*; 2) *a integração ocorre através da inserção dos alunos na rotina, procurando conhecer a dinâmica da UBS*; e 3) *a integração ocorre de forma diferente entre os profissionais envolvidos, a depender do perfil para o ensino, o qual é avaliado no momento da contratação*.

Idéia Central 1 – Existe integração ensino-serviço, porém de forma passiva por parte dos profissionais do serviço

Existe uma troca muito grande e o ensino atualiza até os profissionais da UBS. Os docentes de Medicina contribuem muito para os trabalhadores que estão na Unidade ao realizarem pesquisa e apresentarem o resultado. Com relação ao estágio de Enfermagem, houve uma atividade no ano passado que foi muito interessante. As meninas começaram a participar das reuniões de equipe da Unidade, depois fizeram um trabalho de conhecer a área, aplicaram algumas entrevistas, detectaram problemas. Depois, usaram um instrumento para caracterizar um número x de famílias, com algumas perguntas, onde queriam detectar problemas e a demanda da comunidade. Em seguida, fizeram uma tabela com dados estatísticos, avaliados, puseram gráficos, ficou super bonitinho. E apresentaram numa reunião de equipe, mostraram a opinião de alguns usuários sobre os

serviços e alguns problemas mais presentes na comunidade. Foi um trabalho mais dos alunos, mesmo, em que chamaram os pacientes para grupos e procuraram dar esse tipo de informação. Nos estágios, os alunos geralmente chegam com o roteiro pronto. As enfermeiras do serviço estão pouco apropriadas dos objetivos dos estágios. Então, elas ainda não tem muita coisa incorporada, ou condições de dar sugestões, de ver mecanismos para articular alguma iniciativa. Dessa forma, fica difícil palpitar em cima de uma coisa que não foi incorporada ou vivenciada. Na hora de avaliar também fica sem saber qual teria sido o melhor jeito de fazer. No estágio da Enfermagem, os alunos trabalham com adolescentes na Escola, fazem visitas domiciliárias com os agentes comunitários, e trazem um retorno disso. Não vão lá só pra observar; vão, mas também atuam. Inclusive trouxeram propostas que estão sendo implementadas. Tem uma enfermeira na Unidade que faz essa interface com a Escola de Enfermagem, com a qual planejam as atividades dos alunos. É uma iniciativa muito interessante da Escola de Enfermagem de colocar um profissional para fazer isso, porque meio que prepara o caminho para os alunos virem pra estágio, envolvendo os enfermeiros para o entendimento de quais são os objetivos dos estágios.

Em relação à Medicina, o curso de terceiro ano vai começar em agosto, mas desde janeiro já tem tido encontros onde os docentes mandam um e-mail ou ligam por telefone convidando para as reuniões preparatórias, que ocorrem no Hospital Universitário ou no Centro de Saúde Escola Butantã, ou às vezes na própria Faculdade de Medicina. As reuniões da Enfermagem são menos freqüentes porque o estilo em que são desenvolvidas as disciplinas não tem interferido tanto e porque talvez já encontraram um meio termo que é legal.

Idéia Central 2 – A integração ocorre através da inserção dos alunos na rotina, procurando se inserir na dinâmica da UBS

Os três cursos – Enfermagem, Medicina, TO – participam bastante da rotina da Unidade. Na Medicina, o primeiro ano tem contato maior com as agentes comunitárias. Esses alunos conhecem o território e os mecanismos utilizados pelos agentes comunitários para acompanharem a comunidade. Depois, no segundo semestre são feitas algumas intervenções junto da comunidade e, algumas vezes, a enfermeira e o médico participam de forma um pouco mais próxima porque serão feitas algumas intervenções. Dessa forma, com instrumentos e de maneiras um pouco diferentes, tanto a Enfermagem quanto a Medicina procuram vir, entender um pouquinho o que é o trabalho, como é a comunidade onde é feito esse trabalho, captam alguns problemas e propõem intervenções. E essa troca com os alunos traz muitos benefícios porque eles vêm, vão para as escolas, fazem grupos, também trabalham com a comunidade, que é uma coisa que a Unidade faz. Como recebemos duas Escolas para estágio, procura-se planejar em reuniões pra não haver colisão entre os programas da Enfermagem e da Medicina. A Enfermagem já desenvolveu um jeito de fazer que tem transcorrido tranquilamente, não onera o serviço e não atrapalha a rotina do trabalho de uma forma geral. E é superinteressante esse trabalho da Enfermagem porque tem essa coisa de procurar se inserir no trabalho e não desviar o nosso serviço pra se mobilizar para eles. A Faculdade de Medicina, quando vem, interfere na rotina porque os grupos são muito grandes (no grupo de primeiro ano vem trinta alunos num dia e trinta no outro; a própria estrutura do curso com esse volume já interfere no espaço físico). Os alunos de terceiro ano, que são noventa, não têm como não interferir. A FMUSP tem tomado cuidado para não entrar com todo mundo, entra primeiro com o primeiro ano, depois com o terceiro, na medida em que a Unidade vai se estruturando,

aumentando as turmas e cumprindo o programa. Às vezes, essas atividades dos alunos interferem com as atividades dos profissionais, qualquer que seja: médico, enfermeiro, agente comunitário. E é uma coisa que às vezes precisa ser trabalhada, e a Unidade se programar em função dos alunos. Quando tem ensino na rede, o profissional tem que chegar no horário, as reuniões têm que começar na hora; então, tem toda uma adaptação que não é fácil e leva a uma certa resistência ou displicência em alguns locais. Percebe-se que a chegada dos alunos, de uma certa forma, trabalha os problemas da Unidade, ajudando a criar soluções para problemas que, às vezes, precisa intervir, fornece dados novos, então é legal. Mas não dá para dizer que não haja resistência, que seja uma coisa lisa; é um processo. Todas essas coisas estão sendo propostas em médio prazo, sendo feitas num processo. Uma vantagem é que existe flexibilidade por parte da academia de escutar o serviço, não que necessariamente acolham todos os indicativos de que o estágio seria melhor se fosse desse ou daquele jeito, mas pelo menos eles escutam e algumas coisas têm sido adaptadas. Em relação à Medicina, numa fase anterior à vinda dos alunos, são feitas algumas reuniões nas quais participam os professores da Faculdade e os médicos de família para opinar. Nas reuniões técnicas, que ocorrem uma vez por mês no posto, em que médicos, enfermeiros, auxiliares e representantes dos agentes comunitários se reúnem, procura-se levar um pouco dessas discussões e das propostas da Faculdade e acolher também informação, opinião do pessoal, o que eles acham: é possível, não é possível, vai atrapalhar, não vai atrapalhar.

Idéia Central 3 – A integração ocorre de forma diferente entre os profissionais envolvidos, a depender do perfil para o ensino, o qual é avaliado no momento da contratação

Em relação aos profissionais do serviço integrados no projeto de ensino, cada profissional tem seu envolvimento, que acontece de uma forma diferente. É lógico que tem que ter vocação; tem gente que tem mais facilidade de trabalhar no serviço-escola e tem gente que não gosta. É uma característica importante no momento da seleção. Quem não gosta não vai se dar bem aqui; agora tem gente que gosta, e neste momento contamos com pessoas que gostam e com pessoas que não gostam. Mas, enfim, é uma Unidade de saúde-escola e tem que ter esse espaço para os alunos. A Universidade acabou intervindo na seleção dos profissionais através de uma Comissão mista entre a Universidade e a Secretaria, de forma que na seleção fica claro para o profissional o papel de incorporar o ensino nos serviços, sendo avaliado, nesse momento, o perfil para a área acadêmica. Nesses novos processos já é deixado bem claro qual é a regra do jogo, não é igual a um outro serviço qualquer porque aqui se recebe aluno e, portanto, tem um ônus a mais no trabalho que é a questão do ensino. Foi super importante essa iniciativa, que continua até agora.

Da mesma forma que os docentes, os trabalhadores do serviço percebem a integração ensino-serviço de forma passiva por parte dos trabalhadores do serviço, de forma que os alunos já chegam com o roteiro pronto, desenvolvem suas atividades e apresentam os resultados para os trabalhadores do serviço.

A presença da universidade na UBS é apontada pelo grupo serviço como um fator que atualiza o serviço e os profissionais; e os alunos trazem propostas a partir dos problemas que identificam. Os profissionais do campo estão pouco apropriados dos objetivos dos estágios por serem recém-

contratados, e pouco contribuem para planejamento ou avaliação dos alunos.

Semelhantemente ao discurso dos docentes, os trabalhadores demonstram uma percepção da presença das “Técnicas Especializadas em Saúde Coletiva” nas UBS fazendo a interface entre a UBS e Escola de Enfermagem, de forma a envolver os enfermeiros nos objetivos do estágio.

Na Medicina, os preceptores são convidados para participarem de reuniões preparatórias para discutirem qual a melhor forma de operacionalizar o estágio, tendo em vista as avaliações dos anos anteriores.

Pelos discursos acima, pode-se inferir que os trabalhadores preocupam-se com que a ida dos alunos ocorra de forma organizada, sendo inseridos na dinâmica da UBS sem que esta seja desviada para os alunos, ou seja, sem atrapalhar o serviço.

Os trabalhadores consideram que é importante que o aluno se insira nas atividades em andamento na Unidade e não pensam em modificar e/ou transformar o processo de trabalho em função da presença dos alunos e dos objetivos das disciplinas.

No discurso dos trabalhadores do serviço, observa-se o reconhecimento de que a presença dos alunos traz modificações na dinâmica, principalmente em relação ao cumprimento de horários para as atividades. Para o grupo, as adaptações geralmente levam a resistência e displicência, mas há o entendimento de que elas ocorrem processualmente, com expectativa de que se alcancem objetivos em médio prazo.

Observa-se, ainda, a percepção de que a integração nos projetos de ensino depende do perfil do profissional para o ensino, de forma que houve uma intervenção conjunta da academia e do serviço em contratar profissionais de saúde com esse perfil para a área acadêmica.

4.5 A PARTICIPAÇÃO DA UNIVERSIDADE NA CONSTRUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE, NA ÓTICA DOS DOCENTES

Nos discursos dos docentes, **relativo à participação dos mesmos na construção do modelo de Vigilância da Saúde**, encontraram-se nos registros das entrevistas dos sujeitos coletivos duas idéias centrais quais sejam: 1) *existe participação incipiente da Universidade na implantação do modelo da Vigilância da Saúde através da implantação de ações e do ensino do tema nas várias disciplinas; e 2) a Universidade não tem participado na construção de um modelo de VS por falta de informações vindas da Prefeitura e pelo fato de não ser seu papel implantação de modelo.*

Idéia Central 1 – Existe participação incipiente da Universidade na implantação do modelo da Vigilância da Saúde através da implantação de ações e do ensino do tema nas várias disciplinas

Tem sido muito pouco discutido na Universidade a sua contribuição para a mudança de modelo de saúde nos serviços; essa troca é muito aquém do que se gostaria. A integração ainda é incipiente, e também dizer que não existe nenhuma soa muito ruim, não é isso, mas a Universidade tem muito ainda a acrescentar. Então, aos poucos, isso vem se integrando, mas tudo muito devagar. Talvez pudesse ser acelerada essa discussão e essa participação; a Universidade tem muito a contribuir com o trabalho que acontece na ponta. A rede não pode ser usada só como um instrumento de campo de estágio; tem que ter o feedback. Essa linha de vai e vem ainda não está redonda. Os trabalhadores da Universidade têm potência pra implementar na Unidade ações mais ampliadas, que possam servir como ações questionadoras, que incomodem, que cutuquem os

trabalhadores e promovam uma intervenção que responda aos seus anseios. Existe essa potência na implementação de ações em direção ao monitoramento, a olhar para o que está na raiz dos adoecimentos. A Escola de Enfermagem tem uma participação importante, uma vez que tem o conteúdo da Vigilância da Saúde no seu currículo, preparando o aluno teoricamente e trabalhando essas questões nas disciplinas que vão para campo. Então, a participação da Universidade tem sido principalmente em relação à formação dos alunos em termos de ações, que é um papel precípua da Universidade. O que está se tentando ensinar na disciplina de Atenção Primária do curso de Medicina é a criação de um modelo novo de não só tratar a doença, mas de promover saúde, prevenir doenças e curar, também. O freqüentador da UBS vai ter as três coisas: às vezes ele vai pra promover saúde, às vezes pra prevenir doenças e às vezes vai com uma queixa específica. Têm que ser integradas as três coisas. Trabalhar mudança de hábito, que é uma coisa difícil; é mais fácil prescrever remédio do que mudar hábito. E essas dicotomias que existem devem ser vencidas ao longo do tempo, vai ter que tratar sempre o doente de uma forma integral. É engraçado que muitas vezes o aluno pergunta se é só na Atenção Básica que se trata o paciente de uma forma integral. Ensinaamos que o médico sempre atende o doente de forma integral. Se não for colocada a Atenção Básica nos primeiros anos do curso, o aluno só vai ver o modelo curativo, porque a partir do segundo ano ele já atende paciente no hospital. Mas ele vai ter que aprender a fazer as duas coisas nos dois lugares. Quanto mais cedo o aluno for exposto a um atendimento integral, mais facilmente se terá um profissional formado no final da graduação que consiga enxergar as três coisas de forma mais organizada. Sendo assim, o curso de Atenção Básica tem realmente o objetivo de mudar o paradigma em que esses alunos estão sendo formados.

Idéia Central 2 – A Universidade não tem participado na construção de um modelo de VS por falta de informações vindas da Prefeitura e pelo fato de não ser seu papel implantação de modelo

O problema é que às vezes não chegam informações sobre as coisas que têm que ser feitas, aí não tem como os alunos fazerem isso, porque na verdade o problema não está na Faculdade. A Prefeitura não passa as coisas de uma forma clara do que tem que ser feito e o que tem que ser ensinado. Não chegou nenhuma informação nesse sentido. Não é do conhecimento de todos que estava criada a COVISA, e muitos nunca ouviram falar nesse assunto, nem o que estavam fazendo nas Coordenadorias de Saúde. Nunca se ouviu alguém comentar a perspectiva da Vigilância da Saúde nem na gestão passada e muitíssimo nessa. Os médicos das Unidades não estão participando desse processo; então, fica difícil ensinar aos alunos uma coisa que os profissionais desconhecem. Essas oficializações são mais de uma perspectiva gestora, digamos assim, da parceria da Universidade com a Prefeitura. Talvez quem conheça o assunto sejam os professores do Departamento de Medicina Preventiva, ainda que os professores acompanhem mais as questões dos alunos, e não tenham atuação direta no Distrito. Quanto à participação da Universidade na implementação desse modelo, primeiro que a academia não tem nenhuma possibilidade ou nenhuma força pra implementar modelo de saúde. Isso porque implementação de modelo é uma operacionalização de uma dada política, e o desenho da política é uma negociação que contempla muito mais interesses do que as necessidades de pessoas como nós que pagamos impostos e tudo. Então, dentro da Universidade não há potência pra implementar modelo.

Nos discursos acima fica evidenciada a crença de que os docentes, embora tenham uma participação incipiente, têm potencial para ampliar a discussão e a contribuição relativa ao modelo da VS. A forma como eles têm participado na mudança do modelo apresentada nesse discurso tem sido, principalmente, pela implantação de ações e pela inclusão do tema da Vigilância da Saúde no currículo dos alunos de graduação. Porém, não conseguiram impactar, ainda, na prática dos profissionais de saúde porque consideram que algumas atividades são para serem desenvolvidas como parte do ensino e não no cotidiano dos serviços.

O outro discurso apresenta que não há participação dos docentes na construção do modelo assistencial orientado para a Vigilância da Saúde devido à falta de informações da Prefeitura a respeito do que deve ser como parte da proposta municipal de VS. Além disso, os docentes não conhecem a criação da COVISA nem sua função.

Segundo a Prefeitura de São Paulo, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) foi criada em 2003, vinculada a SMS, como resultado da assunção da plena responsabilidade pelo SUS pelo município de São Paulo. Em 2004, foram agregadas diversas estruturas do campo da VS nesta coordenação: Gerência de Administração e Finanças, Gerência de Apoio Técnico, Gerência do Centro de Controle de Doenças, Gerência do Centro de Controle de Zoonoses, Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador e Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde.

As gerências coordenam, planejam e desenvolvem projetos, programas e ações de orientação, educação, intervenção e fiscalização pertinentes às suas respectivas áreas de atuação, bem como desenvolvem investigação de casos ou de surtos e assumem a operação de situações epidemiológicas de doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde. Também elaboram normas técnicas e padrões destinados à garantia da qualidade de saúde da população.

Segundo entrevista ao gerente da COVISA realizada em março de 2006, com vistas a obter informações sobre seu funcionamento, a estruturação da COVISA é recente, bem como a vigilância sanitária foi municipalizada há cerca de três anos, de forma que houve até agora pouco tempo para capacitar pessoal, além de haver escassez de recursos humanos. A COVISA dá respaldo técnico as SUVIS nas Supervisões Técnicas de Saúde do município. Estão sendo investidos esforços para avaliar dados do município e construir séries históricas para planejar ações de vigilância à saúde. Para tanto, existe uma proposta de capacitar profissionais através de especialização em vigilância sanitária, que é um tema não abordado durante a graduação. Entretanto, para ele, a vigilância à saúde consiste numa junção das outras vigilâncias, não constituindo numa abordagem diferente.

Vê-se, dessa forma, que a Vigilância à Saúde no município de São Paulo não está estruturada segundo a avaliação dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, nem mesmo ainda consegue usar dados epidemiológicos para planejar a assistência.

Os docentes consideram que a implantação de modelo assistencial é tarefa da Secretaria Municipal de Saúde, contudo, informam que essa não vem ocorrendo a contento. Ainda são bem raras as discussões sobre o modelo de VS e a contribuição dos profissionais para o mesmo.

Também a falta de envolvimento direto dos docentes com os projetos assistenciais do DSE Butantã, foi apontada como motivo para o desconhecimento da proposta da VS por parte dos mesmos.

Uma vez que os entrevistados apontam que a implementação de modelo assistencial compete a uma dimensão política da SMS, eles vêem que os docentes não têm força para implementação de modelo.

Sobre esse assunto, Feuerwerker (2006) discute que os movimentos de mudança devem se articular com os governos, primeiramente convencidos de seus próprios objetivos, de onde quer chegar com essas mudanças, ou seja, tendo agenda estabelecida. A autora afirma, ainda, que

os movimentos devem atuar nos diferentes espaços que a política propicia de forma articulada e não como escolas ou profissões isoladas.

Fica evidente que, para os docentes, não existe um envolvimento entre a universidade e o serviço em busca da proposição conjunta de modelos assistenciais, principalmente porque os docentes consideram que não devam (ou não são) chamados a se envolver com o grupo da SMS que formula as políticas públicas do município e as coloca em prática.

4.6 PERCEPÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DA UNIVERSIDADE NA CONSTRUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE, NA ÓTICA DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO DE SAÚDE

Os profissionais de saúde do serviço, **relativo à participação da Universidade na construção do modelo assistencial da Vigilância da Saúde**, encontraram-se nos registros das entrevistas dos sujeitos coletivos duas idéias centrais quais sejam: 1) *a Universidade participa através da implantação de ações e da capacitação dos profissionais da rede* e 2) *a participação da Universidade na implementação do modelo da Vigilância da Saúde tem sido pequena por falta de projeto político nesse sentido*.

Idéia Central 1 – A Universidade participa da implantação do modelo de Vigilância da Saúde através da implantação de ações e da atualização os profissionais da rede

Pensando a Universidade como um local de priorização de atividades, mais a Enfermagem do que a Medicina contribui no sentido de ações para a implantação da Vigilância da Saúde. A Enfermagem tem contribuído com questões conceituais que são

importantes e enriquece fortemente os trabalhadores a possibilidade de trocar informação e conhecimento com quem está pesquisando na ponta. Para os enfermeiros que participam das conversas de final de estágio com o docente, enriquece, abre um pouco a cabeça e traz um novo olhar para o trabalho. A Universidade, nas várias disciplinas, está muito preocupada com relação à Vigilância à Saúde e isso está muito interligado na Unidade, porque para promover saúde uma das ações é vigiar. E é isso que a Coordenadoria acaba passando e se constitui numa preocupação grande da disciplina de Atenção Básica. Quando se pensa na Universidade, algumas escolas têm mais peso nisso, direcionam mais o trabalho dos alunos, fomentam mais essa discussão. A Enfermagem faz mais isso, a Medicina tem feito menos porque o eixo principal da intervenção não é discutir o modelo com uma orientação diferente. O resultado que se tem visto é a identificação da realidade local pelos trabalhos dos alunos da Enfermagem que, a partir disso, problematizam e passam pra discussão das atividades da Unidade. A Universidade acabou trazendo as capacitações para a Coordenadoria do Butantã. Por exemplo, reforçam com os Agentes Comunitários através de aulas ou atividades de campo a investigação de doenças como tuberculose, dengue, HIV ou doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, acabam trazendo a contribuição de atualizar o Agente Comunitário, e até mesmo algumas condutas do médico e do enfermeiro. Então, é um aspecto muito amplo não só local como pra rede, no sentido de capacitar médico, enfermeiro, de estar levantando atentamente a questão epidemiológica, os agravos à saúde, as complicações. E com isso a Unidade também ganha bastante porque, de certa forma, aluno aqui faz com que os profissionais tenham uma mentalidade diferente.

Idéia Central 2 – A participação da Universidade na implementação do modelo da Vigilância da Saúde tem sido pequena por falta de projeto político nesse sentido

A participação da Universidade tem sido pequena, não tanto por conta da própria Universidade, é mais por conta da Prefeitura; o primeiro problema é este, porque da teoria à prática há um buraco. Efetivamente, não se conseguiu dar essa direcionalidade às ações de saúde, embora pesem as ações de vigilância à saúde, mas a vigilância ainda é vista como um sistema específico, com suas atribuições próprias, seja de controle de doenças, controle ambiental. Mas, pelo menos, se procurou integrar as três vigilâncias, integrar a assistência, dar essa direcionalidade do coletivo, sobre a assistência médica, vamos dizer. Mas há um buraco na própria Prefeitura de conseguir fazer isso. A criação da COVISA é recente; às vezes existe dúvida se as próprias pessoas que trabalham lá têm clareza do seu trabalho. Então, se lá em cima estão confusos, imagina nos outros segmentos. Porque o discurso é muito bonito, muito teórico, mas na prática as coisas não acontecem assim com tanta facilidade. A Coordenadoria precisa ampliar; está muita fechada na questão da Vigilância Epidemiológica. Não se tem clareza do conceito e não se discute uma proposta da missão da Unidade Básica, de como é que vai estruturar o serviço para poder atender a essa lógica. O objetivo é, de fato, ter um serviço que tenha como lógica utilizar dados produzidos para planejar. Mas, no momento, isso não é feito, e a Coordenadoria também não faz. Responde-se a uma demanda que chega, mas não a uma demanda que está por trás dos índices de morbidade, de mortalidade e dos coeficientes. A lógica do serviço não está organizada na lógica da promoção; ainda está centrada no modelo hegemônico. Mesmo com o Programa Saúde da Família não podemos ser hipócritas de dizer que isso mudou, porque ainda não mudou; acho que é um longo caminho. Essa discussão dos

determinantes e condicionantes do processo saúde-doença é uma discussão ampliada que precisa ser feita com as escolas, com todos os segmentos, na intersetorialidade. Tem se tentado avançar através de encontros mensais em rede chamando as escolas e as ONGS da região. Mas é difícil essa conversa, um não entende o que o outro está falando. O que acontece hoje é que a Medicina pensa de um lado, a Enfermagem pensa do outro e a Prefeitura pensa do outro e aí todo mundo quer desenvolver isso no embate. Só que a Unidade mesmo não dá conta de toda essa articulação, por isso que tem que se criar um fórum de organização pra poder viabilizar todas essas estratégias. A questão que hoje está centralizada em termos da Vigilância, que é o que mais impacta na mortalidade, são as doenças não transmissíveis, e o que nós vamos fazer com isso? Porque uma população muito grande reflete em muitas questões para o serviço.

Para os profissionais de saúde, a participação da universidade na construção do modelo assistencial no sentido da VS é percebida através da implantação de ações de ensino dentro dessa perspectiva. Apesar de reconhecerem a contribuição da universidade por meio de capacitação dos profissionais da rede, apontam a abordagem de temas relacionados ao campo da Vigilância Epidemiológica, como acompanhamento de doenças e suas complicações, e a própria questão epidemiológica.

Já o outro DSC do grupo serviço coloca que a participação da Universidade na mudança do modelo assistencial tem sido pequena por falta de estruturação política para a VS, predominando a lógica da Vigilância Epidemiológica.

Quanto à discussão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o grupo serviço aponta a importância da intersetorialidade, porém, reconhece a dificuldade de congruência de estratégias dos diversos sujeitos envolvidos.

Os discursos dos diferentes profissionais são parecidos no sentido de entender que a participação da universidade na implementação do modelo de Vigilância da Saúde é limitado e concordam que a maneira de fazê-lo é através do aluno e da introdução do conteúdo no programa de ensino dos cursos de graduação.

Vale a pena apontar que tanto docentes quanto profissionais de saúde dos serviços atribuem a participação da academia um papel técnico (de capacitação, fornecimento de tecnologias), deixando de lado o papel político que sempre acompanha a mudança de paradigmas em saúde e em educação.

Em relação ao objetivo proposto por este trabalho, foi possível obter um panorama dos programas de ensino desenvolvidos pela Universidade de São Paulo nas Unidades de Saúde do DSE Butantã e as percepções sobre a articulação ensino-serviço para os docentes e para os trabalhadores do serviço.

A metodologia adotada favoreceu a apreensão das percepções e propiciou o início de uma sensibilização dos trabalhadores sobre o tema, tanto para os docentes e para os trabalhadores do serviço, sendo necessárias novas aproximações da realidade para melhor detalhamento das questões levantadas neste estudo.

Quanto à **caracterização do programa de ensino e operacionalização do ensino prático no DSE Butantã**, pode-se concluir que existe uma negociação anterior à ida dos alunos às unidades de saúde, que corresponde a uma dimensão burocrática entre as Secretarias de Graduação das Unidades de ensino e a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. Pode ocorrer, também, um fluxo informal de contato entre os docentes da FMUSP e os médicos de família das UBS. Porém, esse processo não conta com a construção conjunta dos programas de estágio entre academia e serviço, muito menos tem a participação da comunidade.

No curso de graduação em Medicina, observa-se que houve uma recente reorientação da formação dos alunos de graduação com especial atenção a assistência primária à saúde, através da criação da Comissão da Atenção Básica pela FMUSP. Entretanto, observa-se a inexistência de participação social na construção desse novo perfil buscado pela Faculdade.

O programa de estágio do curso de Medicina está dividido em três anos letivos e compreende o reconhecimento do trabalho dos diferentes componentes da equipe de saúde da família e da área de abrangência da Unidade, identificação de um problema daquela Unidade e proposição de uma intervenção, realização de procedimentos e atendimento ambulatorial.

Enquanto os docentes reconhecem que o programa de estágio do curso de Enfermagem baseia-se no reconhecimento do território para a

compreensão das necessidades de saúde da população e recebe alunos do último ano do curso, o DSC dos trabalhadores do serviço colocam que a presença dos alunos contribui para implementação de rotinas na Unidade.

Para fomentar a operacionalização dos estágios de graduação nas Unidades do DSE Butantã, várias foram as negociações feitas, entre elas: a) ampliação do número de equipes; b) auxílio do MS através do Pró-Saúde para ampliação das Unidades e aquisição de materiais; c) contratação de profissionais com perfil docente por uma equipe mista da FMUSP e SMS, através da FFM; e d) criação do DSE.

Apesar de o SUS estar em pleno processo de implantação e consolidação no país, reconhece-se que a questão da formação de recursos humanos em saúde permanece uma área crítica, apontando para novos desafios dentro do processo de formação e capacitação de pessoal, fazendo-se necessárias constantes iniciativas inovadoras da formação profissional em saúde.

Retomando Feuerwerker, Costa e Rangel (2000), são muitos os desafios enfrentados para as universidades brasileiras na atualidade, relacionados as suas relações com a sociedade, inclusive em termos de viabilidade financeira, ao seu papel na produção e consumo de conhecimentos e ao perfil dos profissionais que forma.

Segundo os autores, tornou-se uma questão de sobrevivência da universidade ser capaz de produzir conhecimentos relevantes, de formar profissionais adequados às necessidades sociais, de prestar serviços oportunos e de qualidade. Isso porque, se a universidade não for capaz de dar essas respostas, dificilmente encontrará recursos e respaldo social para sobreviver.

Pôde-se observar, no local da pesquisa, a recente tendência de inserir o aluno em contato com a realidade dos serviços de saúde no curso de Medicina, o que já vinha sendo feito no curso de Enfermagem. Nota-se, ainda, que o desenvolvimento de atividades práticas de maior tempo pelo curso de Enfermagem na região do Butantã, acaba por diferenciar a

interação que esse curso tem em relação ao curso de Medicina. Dessa forma, a problematização e as relações entre os diversos atores não se limitam às condições objetivas de vida, mas incluem também o que cada indivíduo ou grupo social constrói como referencial ao longo de sua história, refletindo, então, vivências e valores elaborados no processo de socialização (Feuerwerker, Costa e Rangel, 2000).

Para que as atuais experiências de diversificação de cenários na formação dos profissionais da saúde pudessem se concretizar, foi necessária a construção de uma conjuntura favorável e a mobilização de docentes e pessoal dos serviços de saúde.

Feuerwerker, Costa e Rangel (2000) afirmam que constituem precondições para a diversificação de cenários na Universidade: a avaliação curricular, as capacitações pedagógicas, a articulação entre os grupos de avaliação do currículo e trabalhadores da saúde. Podem-se citar, ainda, como atores que favoreceram a mudança: a discussão e revisão das metodologias pedagógicas, principalmente com a incorporação de metodologias do aprender fazendo; o fortalecimento da extensão universitária como espaço para a revisão da relação entre universidade e sociedade; as Diretrizes Curriculares Nacionais; e a abertura da Universidade às mudanças.

Outro elemento que se destaca nas experiências de diversificação de cenários é a revalorização da prática dentro do processo de ensino-aprendizagem, em especial no que se refere à necessidade de dar respostas a problemas práticos, levando os estudantes, docentes e todos os demais envolvidos na busca e construção do conhecimento prático, além da oportunidade de experimentar e analisar criticamente as soluções na prática. Outro ponto é que não há o que substitua o contato humano, a vivência e o compartilhar dos problemas, a solidariedade, a construção de vínculos pessoais, a apropriação da realidade que as experiências práticas propiciam (Feuerwerker, Costa e Rangel, 2000).

Para os autores, o processo de aprendizagem, nesses novos cenários, possui natureza participativa e enfatiza o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, motivando a compreensão crítica da realidade. O processo pedagógico, centrado na resolução de problemas, é conduzido geralmente através de supervisão dialogada e de oficinas de trabalho realizadas no próprio ambiente de trabalho. Busca, como resultado, a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe.

Quanto à **integração ensino-serviço no DSE Butantã**, observa-se que algumas disciplinas têm procurado desenvolver programação conjunta dos projetos, mas com pouca participação por parte da Supervisão Técnica de Saúde e nenhuma participação social.

No curso de enfermagem, foram apontadas as “Técnicas Especializadas em Saúde Coletiva” como as operacionalizadoras da articulação ensino teórico com a prática da UBS, pois são quem implementam ações que servem para as aulas práticas dos alunos e envolvem os trabalhadores do serviço em ações de ensino.

Na Medicina, a integração é vista como troca entre o médico de família, que faz preceptoria dos alunos da graduação, e os docentes da FMUSP que, em contrapartida, realizam visitas as UBSs para discussão e encaminhamento de casos. Os profissionais da rede se integram elaborando as disciplinas juntamente com os docentes, através da participação na Comissão de Atenção Básica.

No grupo academia, alguns fatores que contribuem para a articulação ensino-serviço foram: participação dos trabalhadores do serviço na discussão da grade curricular, dos objetivos e da programação das atividades práticas dos cursos de graduação; da participação mista da FMUSP e SMS para contratação de profissionais com perfil docente, e a melhoria da assistência pela presença de alunos.

Os docentes percebem a inexistência de articulação ensino-serviço no DSE, mas um acompanhamento do projeto de ensino pelos trabalhadores, e

das atividades realizadas por estes por parte dos alunos, sem ocorrer trabalho conjunto.

Para os trabalhadores do serviço, o ensino atualiza o trabalho e os profissionais. Apesar de apontarem a ocorrência de reuniões prévias à vinda dos alunos, colocam que os alunos chegam com o roteiro pronto e os profissionais não tem muita condição de acrescentar sugestões pela pouca apropriação dos objetivos dos estágios.

Os trabalhadores do serviço percebem pouca iniciativa das atividades práticas dos alunos ao descreverem-nas como reconhecimento da dinâmica da UBS e desenvolvimento das mesmas atividades que já se encontram em andamento. Também se observa que os trabalhadores percebem essa inserção passiva dos alunos como uma articulação positiva por não atrapalhar ou desviar o serviço.

Em discursos de ambos os grupos desse estudo, nota-se a percepção de que inexistente integração ensino-serviço no DSE Butantã, principalmente no que se refere à falta de projeto político e de consenso de propostas entre o curso de Medicina, o curso de Enfermagem e a Prefeitura.

Para Feuerwerker, Costa e Rangel (2000), para que se consolidem as práticas nos cenários reais, uma das ferramentas é a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Por essa razão, é necessário que haja coerência entre o projeto institucional dos serviços e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica. Essas iniciativas, portanto, devem ser de responsabilidade das instâncias e unidades técnico-políticas de gestão dos serviços de saúde, da universidade e da população. Ou seja, como se trata de trabalhar sobre a realidade, de transformar o processo de trabalho estabelecido e promover mudanças profundas nas relações, é preciso que o compromisso e a decisão de fazer parte do processo sejam institucionais e não somente de atores isolados.

Como pré-requisito básico para que essa inserção seja produtiva e coerente com as concepções aqui apresentadas, tem sido indispensável construir parcerias entre Universidade, Serviços de Saúde e Comunidades. As parcerias são fundamentais para que população, profissionais dos serviços, docentes e estudantes possam participar efetivamente da identificação e priorização de problemas, do planejamento, execução e avaliação das atividades (Feuerwerker; Costa; e Rangel, 2000).

Segundo os autores, o trabalho nos cenários dos serviços envolve necessariamente negociações com o poder político local, especialmente no contexto de municipalização da saúde em curso no nosso país. Diferentemente de experiências anteriores de relações das universidades com os serviços (IDA), as atuais implicam relações bastante mais horizontais, em que o processo de trabalho é realmente conjunto e leva em conta os interesses, necessidades e potencialidades dos dois parceiros.

Os autores afirmam que torna-se fundamental o trabalho criterioso para o estabelecimento de prioridades, a construção das intervenções e a continuidade das ações. As experiências revelam a complexidade e os conflitos que permeiam o processo de construção de intervenções que articulam as necessidades do processo ensino-aprendizagem, dos serviços e da comunidade, processo esse que exige negociação, avaliação e reconstrução permanentes com a participação efetiva dos diversos atores.

Com relação à **participação da universidade na mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde**, a análise do discursos revelou que tem havido pouca discussão da temática, embora haja potencial para contribuição. Até o momento, acredita-se que a Universidade tem participado através da implementação de ações ampliadas e também pela inclusão do tema da vigilância da saúde no currículo dos alunos nos cursos de graduação.

Para os trabalhadores do serviço, a integração existe porque a vigilância da saúde é uma preocupação sua, da Coordenadoria e da Unidade. Entretanto, descrevem atividades da Vigilância Epidemiológica

entre os acompanhamentos que os alunos fazem. Apreende-se, ainda, que a integração se dá com a Universidade atualizando os profissionais da rede, de forma que a presença dos alunos instiga os profissionais a serem diferentes. É destacado o direcionamento dado pela Escola de Enfermagem ao identificar a realidade local e discutir intervenções na Unidade.

Os trabalhadores do serviço percebem a contribuição da academia de forma passiva para eles, quando essa realiza pesquisa e apresenta os resultados, e também por trazerem coisas novas para o serviço. Outra forma de absorver passivamente os alunos se dá pelo fato de chegarem com o roteiro pronto e os profissionais do campo pouco acrescentarem porque são recém-contratados e estarem pouco apropriados dos objetivos dos estágios.

Assim sendo, foi mencionada a integração como reconhecimento do trabalho feito e das características da população de um dado território, sendo aqui entendida como inserção na dinâmica da UBS.

Quanto ao envolvimento dos trabalhadores da rede com os programas de estágio, nota-se a percepção de que é necessário ter vocação para o ensino, sendo que alguns gostam de receber alunos e outros não. Nesse sentido, apontou-se a seleção dos profissionais através de comissão mista entre USP e SMS para avaliar o perfil docente dos profissionais que entram para a rede.

A participação da Universidade é tida como quase inexistente pela falta de gente preparada para lidar com o assunto na rede, e por falta de articulação entre a Universidade e a Prefeitura em conhecer o perfil epidemiológico da região do Butantã e construir intervenções conjuntas.

Os entrevistados salientam que não existe integração pela falta de uma proposta clara e porque cada uma das instituições – USP e DSE Butantã – pensa coisas diferentes e, portanto, a presença dos alunos de graduação ainda não responde à necessidade do serviço.

Para Feuerwerker, Costa e Rangel (2000), o processo de negociação necessita ser diretamente com o poder municipal. Quando há dificuldade por problemas políticos, ou mesmo por diferenças nas opções em relação à

organização do sistema, ela se dá com os níveis intermediários e com os profissionais da base dos serviços. Em qualquer caso, torna-se indispensável haver um processo de sensibilização e negociação junto aos profissionais que vão participar diretamente das atividades, cujo compromisso pode garantir a continuidade da cooperação mesmo em tempos de difíceis relações políticas com os níveis superiores.

A reorganização da atenção com base na VS implica novos papéis, novas relações e novas práticas em todos os níveis do sistema. Essas mudanças podem ser favorecidas pelas políticas (de financiamento, de gestão, de remuneração), espaço que vêm sendo ocupado pelos gestores do SUS em todos os níveis. No entanto, dadas as características da mudança – valores, atitudes, práticas – ela tem que ser construída fundamentalmente no espaço local, protagonizada pelos profissionais, população, docentes e estudantes. São necessárias, portanto, no local de estudo, novas estratégias de ação que levem ao fortalecimento das articulações e à valorização dos sujeitos sociais participantes desse processo, considerando o nível local como um espaço privilegiado onde se efetivam as propostas de mudança.

É necessário continuar investindo no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando gestores, universidades e lideranças comunitárias no sentido de qualificá-las. As mudanças na formação e na atenção estão sendo construídas ao mesmo tempo e, por assim ser, alimentam-se mutuamente. Deve-se buscar ampliar as oportunidades e criar espaços efetivos de discussão e conversa entre a universidade, os serviços, lideranças comunitárias e conselhos de saúde, provocando a discussão sobre o papel de todos esses atores na formação profissional e na reorganização da atenção.

Belaciano MI. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. *Divulg Saúde Deb.* 1996; (12):39-3.

Bertolozzi RM. Adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Bertolozzi RM, Fracolli LA. Vigilância à Saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *Mundo Saúde.* 2004;28(1):14-20.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial - IDA. Brasília; 1982. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, n. 3).

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Brasília; 1986.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1990. [citado 2006 jan. 13]. Disponível em: <http://bdtextual.senado.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde: Municipalização é o Caminho. Brasília; 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Onde dá SUS dá Certo! Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2006 jan. 19]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#diret>

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Saúde: Faculdades mudarão currículos de medicina [texto na Internet]. Brasília; 2002. [citado 2007 fev. 11]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=3651

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde: Um Direito de Todos e um Dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde [texto na Internet]. Brasília; 2005. [citado 2006 nov. 16]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. A articulação entre o ministro da educação e o ministro da saúde na formação dos profissionais de saúde [texto na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 jan. 13]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. Quito:CEAS; 1995.

Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(2):373-83.

Ceccim RB, Bilibio LFS. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004. p. 4-19.

Ceccim RB, Feuerwerker LMC. Mudança na graduação das profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2002;20(5):1400-10.

Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Czeresna D. Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

De Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Lat Am Enferm*. 1998; 6(2):83-8.

De Sordi MRL. Da pedagogia da resposta à pedagogia da pergunta: subsídios para uma formação crítica. 2000. Digitado. apud: Lück H. *Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

Donini OA. A reorganização da gestão de saúde em SP. In: Souza MF, Mendes A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003. p 31-73.

Egry EY, Fonseca RMGS. Dimensão pedagógica da integração docente-assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. *Saúde Deb*. 1994;(42): 16-22.

Egry EY. *Integração Docente Assistencial*. São Paulo: EEUSP; 1992.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa. (on line) Disponível na Internet. <http://www.fm.usp.br/departamento/mpr/csesbp.html>

Ferreira JR. A formação do médico generalista: contextualização histórica. Cad Assoc Bras Ensino Med. 2006;2:41-5.

Feuerwerker L, Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. Divulg Saúde Deb. 2000;(22):25-35.

Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. Divulg Saúde Deb. 2000;(22):36-48.

Feuerwerker L, Kalil ME, Baudy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela rede UNIDA. Divulg Saúde Deb. 2000; (22):49-62.

Feuerwerker LCM, Costa HOG, Barbosa N, Khalil ME. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. Divulg Saúde Deb. 2000;(22):9-17.

Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004. p.149-178.

Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. Divulg Saúde Déb. 2000;(22):18-24.

Feuerwerker LCM. Estratégias para mudança na graduação das profissões de saúde. Cad Assoc Bras Ensino Med. 2006;(2):78-80.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS, Egry EY. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: ABEn; 1997. p.3-42.

Haddad J, Pineda EP. Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. Ginebra: OPAS; 1997. (Publicaciones Científico-Técnicas OPAS, n. 17).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada no município de São Paulo [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2004. Citado 2006 nov. 24. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Média de anos de estudo da população de 10 anos e mais, por sexo e raça/cor, segundo a Subprefeitura do Butantã, São Paulo, 2000 [texto na Internet]. São Paulo; 2000. [citado 2006 out. 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Leão I. De volta às origens do HU. Jornal da USP [periódico na Internet]. 2001. [citado 2006 nov. 26]. Disponível em: [usp.Br/jorusp/arquivo/2001/jusp560/caderno/universidade9.html](http://usp.br/jorusp/arquivo/2001/jusp560/caderno/universidade9.html)

Lampert JB. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. Cad Assoc Bras Ensino Med. 2006;2: 81-88.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.

Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lück H. Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

Machado JLM, Caldas Junior AL, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 1997;1(1):147-56.

Magalhães LMT. O ensino superior em enfermagem e o desafio de mudança: os referenciais de um novo processo de formação [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.

Moscovi S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro. Zahar; 1978.

Motta JIJ. Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso [dissertação]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde; Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

Motta JIJ, Buss P, Nunes TC. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004. p.125-130.

Mynaio MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Neves H. Vigilância em saúde na capital paulista. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Oliveira MAC, Bertolozzi MR, Egry EY, Fonseca RMGS. Globalização e saúde: desafios para a enfermagem em saúde coletiva no limiar do terceiro milênio. Saúde Soci. 1998;7(2):3-18.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.

Rezende KTA. Ensino de enfermagem no contexto UNI-Marília: desvelando os pressupostos ideológicos da prática docente [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Ricas J. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais, Belo Horizonte [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1994.

São Paulo. (Cidade). Prefeitura do Município. COVISA - Coordenação de Vigilância em Saúde [texto na Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. [citado 2006 fev. 02] Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/organizacao/0001

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município. Sumário de dados, 2004: Butantã, São Paulo [texto na Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Governo; 2005a. [citado 2006 out. 25]. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br>

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo [texto na Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2005b. [citado 2006 jun. 17]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/defetohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM/obito.def>

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município Estabelecimentos Municipais de Saúde. [texto na Internet]. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2007. Disponível em: http://www9.prefeitura.sp.gov.br/forms/estabelecimentos_saude/index.php

Silva Junior AG, Pires AC, Marins JJN, Tomassini HCB. As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói/RJ. Cad Assoc Bras Med. 2006;2:49-53.

Souza MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Sposati A, coordenadora. Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo: EDUC; 2000.

Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. Divulg Saúde Deb. 1996;(12):19-23.

Teixeira CF, Paim JS, Vilabôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;2(1): 7-28.

Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl:153-62.

ANEXO 1

Roteiro da entrevista para a coordenadora dos Programas de ensino a serem desenvolvidos no Distrito de Saúde e pra os coordenadores dos cursos de graduação da USP que desenvolvem ações de ensino na região.

1. Qual a natureza dos programas de ensino desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Coordenadoria de Saúde do Distrito de Saúde Escola Butantã e como são feitos o contato e o acompanhamento dos alunos? Existe alguma proposta de integração entre ensino e serviço no Distrito de Saúde Escola Butantã com a Universidade de São Paulo?
2. Como você vê os profissionais do serviço integrados no projeto de ensino das diferentes disciplinas e da Universidade como um todo ?
3. A Prefeitura de São Paulo, através da criação da COVISA e das Superintendências de Vigilância da Saúde (SUVIS) nas Coordenadorias de Saúde, pressupõe a construção de um modelo de Vigilância à Saúde no município o qual articule o uso da epidemiologia no desenvolvimento das ações, a monitorização de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e o controle de agravos à saúde. Qual tem sido a participação da Universidade na implementação desse modelo de Vigilância à Saúde no Distrito de Saúde Escola Butantã? Por quê?

ANEXO 2

Roteiro da entrevista para os profissionais de educação da USP que desenvolvem ações de ensino na região e para os trabalhadores das UBS que recebem alunos de graduação como campo de estágio.

1. Qual a natureza dos programas de ensino desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Coordenadoria de Saúde do Distrito de Saúde Escola Butantã e como são feitos o contato e o acompanhamento dos alunos? Existe alguma proposta de integração entre ensino e serviço no Distrito de Saúde Escola Butantã com a Universidade de São Paulo?
2. Como você vê os profissionais do serviço integrados no projeto de ensino das diferentes disciplinas e da Universidade como um todo?
3. A Prefeitura de São Paulo, através da criação da COVISA e das Superintendências de Vigilância da Saúde (SUVIS) nas Coordenadorias de Saúde, pressupõe a construção de um modelo de Vigilância à Saúde no município o qual articule o uso da epidemiologia no desenvolvimento das ações, a monitorização de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e o controle de agravos à saúde. Qual tem sido a participação da Universidade na implementação desse modelo de Vigilância à Saúde no Distrito de Saúde Escola Butantã? Por quê?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “A implementação da Vigilância à Saúde no município de São Paulo: a contribuição da academia”.

Pesquisadora responsável: Juliana Guisardi Pereira, mestranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

Orientadora: Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli, docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EESUP.

1. O estudo, a que se refere este consentimento livre e esclarecido, tem caráter investigativo e é referente a uma pesquisa desenvolvida junto ao Depto. de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).
2. O estudo tem por objetivo identificar os momentos de intersecção/colaboração entre a academia e o serviço que contribuem para a implementação do modelo de Vigilância da Saúde no Distrito Butantã.
3. Esta é uma pesquisa qualitativa, onde os dados serão coletados a partir da utilização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde, de enfermagem e usuários do Distrito Butantã, que desenvolvem ações de Vigilância e ações de ensino, além de análise em documentos oficiais, tais como normas institucionais, relatórios e projetos de ensino.
4. Os profissionais de saúde e os usuários terão liberdade para manifestar-se, poderão fazer qualquer questionamento acerca do estudo e de sua participação, devendo ser esclarecido sobre suas dúvidas em qualquer momento da pesquisa. Garante-se o sigilo acerca da identidade do informante e sua participação é voluntária, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhum momento do estudo, tendo o sujeito da pesquisa toda a liberdade de recusar-se a participar do estudo, sem que isso represente qualquer prejuízo, desconforto ou risco à sua pessoa ou ao desempenho de seu trabalho.
5. Todas as informações obtidas através das entrevistas deverão ser mantidas sob sigilo e em lugar seguro.
6. Os resultados dessa pesquisa deverão ser descritos e analisados em um relatório formal que, ao seu término será apresentado publicamente, aos profissionais de saúde e ao Distrito de Saúde Escola, bem como em instancias publicas como congressos, periódicos e afins.

Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos com a pesquisadora responsável Juliana Guisardi Pereira - fone: 6702-1777 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo - fone:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador responsável e de ter compreendido com clareza as finalidades dessa

pesquisa, seus procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento.

São Paulo, de de 2006.

Assinatura

Assinatura do pesquisador