Integração ensino-serviço-comunidade na educação em saúde: desafios e potencialidades

Autora: Márcia Schott

Universidade Federal de Sergipe / Campus Lagarto
Departamento de Educação em Saúde

Resumo

A integração ensino-serviço-comunidade está entre as diretrizes para formação em saúde no Brasil no sentido de ter profissionais preparados para atuação no Sistema Único de Saúde. É nessa perspectiva integradora que o Módulo Prática de Ensino na Comunidade (PEC) proporciona aos alunos do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe em Lagarto uma inserção nos serviços de saúde e na comunidade desde o primeiro ano letivo. Nesse contexto é necessário discutir os desafios e as potencialidades de uma prática educativa que integra o ensino e o serviço tentando fazer uma educação pelo trabalho bem como problematiza a realidade criando vínculos com a comunidade e fomentando em todos os sujeitos envolvidos a participação popular para transformação social e fortalecimento da cidadania.

Palavras-chave: educação; atenção primária à saúde; participação comunitária.

Integração ensino-serviço-comunidade na educação em saúde: desafios e potencialidades

(...) à medida que se der esta síntese, a distinção hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento vulgar tenderá a desaparecer e a prática será o fazer e o dizer da filosofia da prática (SANTOS, 1988, p. 48).

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) têm entre seus princípios “fortalecer a articulação da teoria com a prática” tendo sido concebidas com o propósito de definir um perfil de formação profissional “fundamentada na competência teórico-prática, observada a flexibilização curricular, autonomia e a liberdade das instituições de inovar seus projetos pedagógicos de graduação (...)” (CNE, 2003, p. 3; 8). É nessa perspectiva integradora que o Módulo Prática de Ensino na Comunidade (PEC) proporciona aos alunos do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe em Lagarto uma inserção nos serviços de saúde e na comunidade desde o ingresso na universidade.

O primeiro ano é um ciclo comum para os oito cursos: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, medicina, odontologia, terapia ocupacional. Na PEC a ênfase é a Atenção Primária à Saúde (APS) e por isso os alunos acompanham as atividades de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas pelo território, zona urbana e rural. No ano letivo de 2015 aproximadamente 400 alunos estão distribuídos em 32 turmas com 12 alunos em média. A PEC utiliza a problematização como método principal para compreensão da realidade e da determinação social dos processos de saúde e doença. Estão previstas 50% das aulas em campo, ou seja, numa microárea de saúde. São realizadas visitas nos domicílios, Rodas de Conversa com a comunidade e outras ações como intervenções educativas junto às escolas locais. O principal instrumento de prática dos discentes é a realização junto à comunidade de um Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) para conhecer melhor a área adstrita, aprender a comunicar-se com a população e construir coletivamente estratégias de intervenção na realidade fomentando a participação popular para transformação social.

A experiência pedagógica da UFS/Lagarto se insere no debate atual de mudança na formação em saúde no sentido de preparar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) que compreendam a realidade social e possam de fato prestar uma atenção à saúde mais humanizada promovendo mais qualidade de vida para população brasileira contribuindo para o fortalecimento de sua cidadania.

Ensino e serviço: uma integração pelo trabalho

Iniciativas de educação no trabalho têm sido propostas pelo Ministério da Saúde (MS) mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS (1976), o Projeto Larga Escala (1981), o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRH (1987). Essas experiências e outras posteriores tiveram o foco no trabalhador dos serviços conforme descrito no quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Ações e programas instituídos pelo Ministério da Saúde no âmbito da educação de trabalhadores da saúde a partir da implantação do SUS.

ANO	AÇÃO	DEFINIÇÃO
1997	PÓLOS-SF	Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família
2000	PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
2001	PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
2001	PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
2004	PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
2007	TELESSAÚDE	Programa Nacional Telessaúde Brasil
2008	UnA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
2011	PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Fonte: elaboração própria a partir de buscas no site do Ministério da Saúde.

Considerando que a educação é contínua, ao longo da vida, a área da saúde tem concebido portanto a formação continuada de seus trabalhadores, educação permanente em saúde, no sentido de uma *educação tanto no trabalho quanto para o trabalho e pelo trabalho* (ROVERE, 1993, p. 495) tendo como pressuposto básico “a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004, p.10). As atuais diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) consideram as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) centrais na formulação e desenvolvimento da EP.

Tomando a educação como inerente à vida é que se pode reconhecer o seu caráter permanente (FREIRE, 1984) e a importância de se tornar uma vivência na atuação profissional, ou seja, no cotidiano das instituições não apenas para atualização e aperfeiçoamento da prática, mas para construção social contínua de cada um, ou de todos *adultos-cidadãos* “através da educação para democracia, para participação e para a autonomia com incidência nas suas vidas, ao longo das suas aprendizagens” (LIMA, 2007, p.113).

Percebe-se que a articulação ensino-serviço na educação em saúde pressupõe considerar que todos participantes são sujeitos do processo de aprendizagem, ou seja, tanto alunos de instituições de ensino inseridos nos serviços quanto os trabalhadores bem como as pessoas em cuidado num processo contínuo. A articulação não é a presença do aluno num espaço profissional como observador presumindo que apenas está sendo também observado por aquele que o recebe.

O espaço de atenção à saúde seja um hospital, uma Unidade Básica ou um domicílio, onde alunos, profissionais e pessoas em cuidado se encontram é o *locus* privilegiado de

integração ensino-serviço, teoria e prática, na perspectiva de uma educação que se dá na realidade problematizando-a no sentido de mobilizar ações capazes de resultar minimamente numa modificação social que seja benéfica para os sujeitos individual e coletivamente.

A indução de mudanças na educação em saúde vai ao encontro da responsabilidade dada ao SUS na Constituição Federal de 1988 no Artigo 200: “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde” (BRASIL, 1988). Esse papel de ordenador tem sido desempenhado pelo MS principalmente através da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pelo Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde (DEGERTS).

Quadro 2. Ações instituídas pelo Ministério da Saúde no âmbito da formação em saúde.

ANO	AÇÃO	DEFINIÇÃO
2000	RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
2002	PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
2004	VER-SUS	Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde
2005	PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
2008	PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
2009	PRÓ-RESIDÊNCIAS	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
2010	PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
2013	MAIS MÉDICOS	Programa instituído pela Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013 com a “finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2013). Tem entre os objetivos a expansão na oferta de médicos no SUS principalmente em regiões de maior carência. O programa também prevê intervenções na formação em medicina como o aumento do número de cursos e alterações curriculares a entrarem em vigor a partir do ano 2015.

Fonte: elaboração própria a partir de buscas no site do Ministério da Saúde.

Com ênfase na articulação ensino-serviço destaca-se o PET-SAÚDE que é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. É uma das estratégias do PRÓ-SAÚDE, e tem como pressuposto a integração ensino-serviço-

comunidade contando com bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O Campus da UFS em Lagarto desenvolveu no âmbito do PET o projeto “Saúde e Trabalho: O Agente Comunitário de Saúde” no período de Setembro de 2012 a agosto de 2014. Posteriormente foi realizado o PET-Saúde Redes de Atenção nos eixos *Rede de cuidados à pessoa com deficiência* (Distribuição espacial das pessoas com deficiência no município de Lagarto/SE), *Rede de Urgência e Emergência* e *Rede de Atenção Psicossocial* no período de Julho de 2013 a julho de 2015. Outra experiência foi o PET na área de *Vigilância em Saúde* (Vigilância das Causas externas e Vigilância a Sífilis) entre maio de 2013 e maio de 2015.

Albuquerque et al. (2013, p.415) analisando a educação médica a partir do *materialismo histórico-dialético* como “fenômeno social subordinado às condições históricas de produção econômica e, portanto, determinado pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas e pelas relações sociais de produção” realizou um estudo com três grupos de PET-Saúde. Os autores destacam que em dois casos estudados a inserção dos alunos nos serviços levou ao desvelamento de uma realidade diferente do discurso teórico da saúde coletiva mas sem criticidade de sua determinação histórica e social: “não buscaram compreender fenômenos estruturais, como as relações de poder e de dominação, ou a estratificação social, enquanto determinantes das situações por eles vivenciadas” (ALBUQUERQUE et al., 2013, p.419).

É importante ter em conta no processo pedagógico que a integração ensino-serviço-comunidade¹ não pode se conformar à descoberta de uma “nova” realidade tentando intervir superficialmente sobre ela sem questionar sua determinação histórica por mais que se busque dar conta dos seus elementos constituintes como, por exemplo, traçar o perfil epidemiológico e demográfico, identificar problemas estruturais de saneamento e moradia além de conhecer a dinâmica econômica e cultural de uma comunidade na área de cobertura de uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Esse delineamento das condições de vida é apenas um ponto de partida do processo de aprendizagem que deve buscar compreender a *realidade social* e como ela é criada enquanto *totalidade concreta* “que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos” (KOSIK, 1976, p. 44). Esse processo dialético pressupõe reconhecer a relação dinâmica das partes entre si e com o todo e que esse todo “se cria a si mesmo na interação das partes” (KOSIK, 1976, p. 50).

A totalidade é mais do que a soma das partes que a constituem [...] Na maneira de se articularem e de constituírem uma totalidade, os elementos individuais assumem características que não teriam, caso permanecessem fora do conjunto [...] A modificação do todo só se realiza, de fato, após um acúmulo de mudanças nas partes que o compõem. Processam-se alterações setoriais, quantitativas, até que se alcança um ponto crítico que assinala a transformação qualitativa da totalidade (KONDER, 1994, p. 37 -39).

¹No sentido de regulamentar e fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade o MS e o Ministério da Educação (MEC) divulgaram a Portaria Interministerial Nº 1.127 de 04 de agosto de 2015 que institui as diretrizes para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) objetivando a garantia do acesso a todos os estabelecimentos de saúde do município como cenário de práticas (BRASIL, 2015).

O encontro com o outro propiciado na área da saúde, com situações de vida comuns ao aluno ou ao profissional, ou mesmo estranhas a ele, deve fomentar uma percepção crítica de que esse momento não traduz um conjunto de fatos isolados e socialmente inertes que conformam uma realidade sobre a qual ações de intervenção vão ser planejadas e executadas por sujeitos do ensino, do serviço e da comunidade. Essa prática pedagógica pressupõe a perspectiva dialética da realidade cujo conhecimento não se dá pela *contemplação* mas pela *investigação* (KOSIK, 1976, p. 37). A produção de uma inquietação social é essencial para uma educação que seja problematizadora, crítica, e transformadora, na contramão de uma educação reprodutora, da manutenção da indiferença às diferenças sociais no Brasil e da alienação da produção das iniquidades facilmente percebidas na vivência da PEC e no cotidiano do SUS.

Esse seria o risco do *fetichismo da objetividade do fenômeno* ao considerar que a realidade é um “conjunto de estruturas autônomas, que se influenciam reciprocamente” (KOSIK, 1976, p. 61) sem a ação objetiva do homem, ou seja, sem reconhecer a *práxis*.

A educação que parte da prática e a problematiza não se distancia dela mas deve necessariamente articular-se a ela, o “próprio discurso teórico, necessário a reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática” (FREIRE, 1996, p. 39). Num processo educativo contínuo a indissociabilidade teoria e prática acontece quando se parte da experiência dos sujeitos inclusive o seu trabalho, no caso da educação dos trabalhadores, mas não apenas, valorizando “os fatores sociais que operam na constituição da experiência individual” (DEWEY, 2011, p. 23). A experiência² deve ser levada em conta sempre, não importa a idade dos envolvidos mas é claro que ela vai mudando com o tempo e quanto mais é problematizada mais ela se modificará como por exemplo no trabalho, no dia a dia dos serviços: “toda experiência exerce, em algum grau, influência sobre as condições objetivas sob as quais novas experiências ocorrem” (DEWEY, 2011, p. 37).

O dinamismo da experiência ou nas palavras de Dewey, “o *continuum* experiencial” (DEWEY, 2011, p. 33), é essa propriedade de modificar as experiências seguintes e desta forma os hábitos.

A característica básica do hábito é a de que toda ação praticada ou sofrida em uma experiência modifica quem a pratica e quem a sofre, ao mesmo tempo em que essa modificação afeta, quer queiramos ou não, a qualidade das experiências subsequentes, pois, ao ser modificada pelas experiências anteriores, de algum modo, será outra a pessoa que passará pelas novas experiências [...]

Tal concepção sobre a mudança de hábito a partir das experiências é coerente com a noção da *habitus* discutida posteriormente por Bourdieu.

“[...] os utilizadores da palavra *habitus* se inspiravam numa intenção teórica próxima da minha, que era a de sair da filosofia da consciência sem anular o agente na sua verdade de operador prático de construções de objecto” (BOURDIEU, 1989, p.62).

²O autor faz uma distinção entre as experiências considerando que algumas podem até ser “deseducativas” se tiverem o efeito de “impedir ou distorcer o amadurecimento para futuras experiências” (DEWEY, 2011, p. 27).

O *habitus* enquanto um *modus operandi* flexível que faz a mediação “entre de um lado, as estruturas e suas condições objetivas, e de outro, as situações conjunturais com as práticas por elas exigidas,” (MICELI, 2007, p. XLI) confere “à *práxis* social um espaço de liberdade [...] que encerra as potencialidades objetivas de inovação e transformações sociais” (MICELI, 2007, p. XLI)³.

Vale destacar o papel que Dewey atribui ao *ambiente* na educação: “Jamais educamos diretamente e, sim, indiretamente, por intermédio do ambiente” (DEWEY, 1959, p. 20 apud MOREIRA, 2002, p. 127). Dewey considera que

[...] o meio ambiente consiste naquelas condições que desenvolvem ou embaraçam, estimulam ou inibem, a atividade *característica* de um ser vivo [...] o ambiente ou o meio significa aquilo que influi nessa atividade como condição para que se realize ou se iniba [...] um ser cuja atividade se acha associada a de outros tem um ambiente social” (DEWEY, 1959, p.12s).

Levar em conta o meio, o ambiente, o local, é fundamental ao se pensar na integração ensino-serviço. O espaço físico e social da ação educativa faz parte do processo, também tem algo a dizer, tem uma constituição histórica e precisa ser considerado como constituinte da realidade, da experiência, da vida dos sujeitos e que os constitui e que por eles é constituída. O que às vezes chamamos de *cenário de práticas* é esse *locus* em que o trabalho em saúde se dá, e pode ser compreendido em parte como aspectos da *dimensão organizacional* na formação da saúde:

É neste sentido que se torna operatória a ideia proposta por Boudon (1986) de compreender o comportamento finalizado dos actores sociais tendo em conta o modo como se combinam os efeitos de “disposição” (onde se inscreve a formação anterior) com os efeitos de “situação” (em que se inscreve o quadro de constrangimentos inerente ao contexto social) (CANÁRIO, 2003, p.140).

Ensino e comunidade: uma integração para transformação social

Pensando agora um vínculo com a comunidade na formação de profissionais da saúde segue-se o discurso ainda da importância da realidade como ponto de partida. Entendendo o meio como constituinte do ser social e constituído por ele sendo portanto parte de sua realidade pode-se então reconhecer a importância que Freire também dá à valorização da experiência na prática educativa:

Por que não estabelecer uma “*intimidade*” entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que eles têm como indivíduos? (FREIRE, 1996, p. 30).

A aproximação com a comunidade não tenta humanizar alunos e sim, muitas vezes desloca-os de um lugar social diferente da realidade com a qual se deparam instigando nesses sujeitos um questionamento das iniquidades sociais em saúde desconhecidas até então para grande maioria.

³Sérgio Miceli numa introdução a uma tradução de *Economia das trocas simbólicas* (BOURDIEU, 2007).

Na PEC, uma das metodologias adotadas é o Arco de Maguerez, em que todo processo de problematização começa com a observação crítica da realidade a fim de propor uma intervenção que a transforme. O Arco de Maguerez é um instrumento de problematização da realidade em cinco etapas: Observação da realidade com seleção de um problema para estudo; Definição de pontos-chave do problema; Teorização; Hipóteses de Solução; Aplicação à realidade (BERBEL, 1998). O exercício da problematização diária gera nesse discente competências de criticidade social para que ele seja um profissional de saúde crítico, reflexivo, participante, ou seja, um sujeito político.

Nessa prática percebe-se que mesmo sem intencionalidade a realidade se modifica mais ou menos mas o tempo todo tal como a experiência. A realidade observada já não será a mesma no momento da intervenção, ela é dinâmica, ainda que algumas partes sejam historicamente enrijecidas com propósitos de manutenção de certos *status quo*, num ou noutro aspecto já haverá mudanças, positivas ou não, pois para além das determinações, os sujeitos que dela fazem parte e que a constituem já mudaram pelo “*continuum* experiencial”; talvez pudesse chamar de uma mudança por contágio.

Na PEC a aproximação com a realidade se dá principalmente com observação do território, visitas domiciliares e Rodas de Conversa. Nesse processo o território e sua construção social vão sendo conhecidos e discutidos os determinantes sociais da saúde dessa comunidade. Dado início o processo de interlocução com a comunidade cada turma de PEC do 1º Ciclo da UFS/Campus Lagarto realiza com a comunidade um Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) para conhecer melhor a área adstrita, aprender a comunicar-se com a população e construir coletivamente estratégias de intervenção na realidade para promoção de transformação social. Embora seja um estratégia de gestão em saúde essa proposta permite fomentar a participação popular de todos os sujeitos envolvidos.

A participação popular é um dos princípios do SUS e também foi fundamental para sua criação e consolidação. Como já dito a PEC propõe uma aproximação de futuros profissionais da saúde com a população no sentido de compreender a dinâmica da APS e a determinação social da saúde. Nesse processo é valorizado o diálogo com a comunidade de um território a partir de uma perspectiva problematizadora da realidade. O PPLS compreende 7 etapas: formulação (levantamento dos problemas da realidade), priorização (escolha de um problema); explicação (construção de uma árvore onde as raízes são as causas determinantes, o tronco as condicionantes e as folhas, galhos e frutos são as consequências do problema), objetivos (proposição afirmativa das causas), ações (definidas a partir dos objetivos), programação (como serão executadas as ações), avaliação (monitoramento das ações) (NUNES, 2001; VILASBOAS & TEIXEIRA, 2001).

A utilização do PPLS no Módulo tem sido uma estratégia de interação entre universitários, profissionais e usuários despertando um olhar crítico sobre as questões sociais e as potencialidades de um trabalho coletivo para transformação da realidade permitindo uma experiência concreta de integração ensino-serviço-comunidade. Vale ressaltar que toda participação de profissionais e comunidade é voluntária, todos são convidados. Às vezes há uma participação expressiva principalmente da população mas nem sempre.

A proposta do Campus Lagarto valoriza a interação com a comunidade não apenas nas atividades curriculares mas também com várias ações de extensão. Desde o início de seu funcionamento, no ano de 2011, do tripé ensino, pesquisa e extensão, vê-se que há grande empenho na construção e consolidação do ensino e da extensão. A pesquisa certamente avançará com a conclusão das obras de infraestrutura e possíveis investimentos para a área.

O desafio de uma educação pelo trabalho e para cidadania

Entende-se pelo exposto até aqui que uma educação a partir da experiência é tanto para a formação quanto para a educação dos trabalhadores uma educação a partir do trabalho principalmente no contexto da integração ensino-serviço-comunidade na formação em saúde e na educação permanente. Uma educação *pelo, no e para* o trabalho pode ser reduzida a uma formação para o emprego e qualificação contínua se o trabalho não for efetivamente um *princípio educativo*. E nesse sentido mais distante fica ainda a potencialidade de uma educação para autonomia, para cidadania.

De que maneira o trabalho na saúde pode assumir esse papel de *princípio* de uma educação *ontocriativa*, ou seja, em que todos os envolvidos docentes, discentes, profissionais e comunidade, sejam sujeitos de uma *práxis* construtora de si mesmos?

Primeiramente se precisa lembrar que o trabalho em saúde no Brasil é “gente que cuida de gente” numa sociedade desigual, marcada por iniquidades que “fazem mal à saúde” (BARATA, 2012) de todos da linha de cuidado tendo em vista a concepção de *cuidado* discutida por Ayres (2009, p. 42):

Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, *uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.*

Para além das relações humanas que constituem o trabalho em saúde e daí toda discussão da humanização que ganhou até mesmo o status de política, é necessário levar em conta que diferentemente da maioria das atividades profissionais, o trabalho em saúde lida diretamente com o bem maior do ser humano que é a vida, sua existência. As ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tal como previsto na Constituição brasileira, tem diretamente relação com a manutenção da vida, com a postergação da morte, com qualidade no viver, no existir.

Nesse cenário há muitos desafios a serem superados para uma educação pelo trabalho em saúde que é por essência tutor da vida. Posto isso, essa dimensão tutelar do trabalho em saúde, é que se pode então pensar em dispositivos de uma aprendizagem significativa que necessariamente terá que levar em conta a alteridade com consciência de que tem em mãos um valor que é direito de todos mas também dever do Estado. Portanto a articulação ensino-serviço-comunidade objeto dessa discussão pressupõe dispositivos de mediação entre o cuidado para a vida, pessoas cuidando de pessoas, ações governamentais de universalização do acesso a uma rede de serviços e a construção permanente de conhecimento que forma novos profissionais, que educa continuamente os trabalhadores e que empodera a todos principalmente as pessoas nos seus territórios, na sua vida particular e enquanto partícipes de um coletivo.

A articulação de que tratamos será viabilizada tendo em vista uma educação integrada em que a teoria não se dissocia da prática, e não se compartimentaliza o conhecimento por áreas, mas a problematiza dialeticamente transformando-a intencionalmente produzindo

conhecimentos que disparam uma criticidade que muda os sujeitos e, por conseguinte pode melhorar as ações na área da saúde por despertar uma visão crítica do mundo e das relações sociais que o constitui. Nesse processo o currículo integrado, o trabalho como princípio educativo, a ênfase na problematização e na discussão coletiva são elementos tanto imprescindíveis quanto indissociáveis.

Universidade e comunidade: como construir interlocuções produtivas?

Pensar a integração universidade e comunidade impõe superar o tradicional monólogo do discurso científico e estabelecer vínculos com a sociedade, as famílias, as pessoas em seus territórios onde a instituição se instala. Essa é uma preocupação constante no exercício da PEC. E aí? Que relação teremos com os sujeitos? O que queremos? O que ofertamos? Como estabelecer o diálogo e construir uma relação participativa que respeita o saber popular, a cultura local, o espaço que de certa forma a Universidade ocupou e que necessariamente está impactando positiva e/ou negativamente? São questões cujas respostas não estão dadas.

O processo de fazer com que a instituição se relacione com seu entorno objetiva qualificar a formação de seus alunos mas também de ser útil socialmente para essa população a partir de suas demandas. O que pensam esses sujeitos que muitas vezes não tiveram acesso a uma formação superior quando veem na sua porta um grupo de universitários? Isso é bom? É ruim? Espera-se algo ou não se espera nada? Todas essas inquietações são recorrentes no dia a dia de uma atividade de ensino que propõe problematizar a realidade e fortalecer a função social da Universidade. Mas romper com a arrogância acadêmica do “eu sei e vou te ensinar” é um desafio a ser superado em todos os momentos.

Tal discussão que não é possível adentrar nesse momento passa certamente pela superação do paradigma dominante da ciência pelo paradigma emergente em que o conhecimento compartimentalizado, especializado dá lugar a uma ideia de conhecimento *total e local*.

Constitui-se em redor de temas que em dado momento são adotados por comunidades interpretativas concretas como projetos de vida, locais, sejam eles reconstituir a história de um lugar, manter um espaço verde, construir um computador adequado às necessidades locais, fazer baixar a taxa de mortalidade infantil, inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença, etc., etc.(...) A ciência do paradigma emergente, sendo, como deixei dito acima, assumidamente analógica, é também assumidamente tradutora, ou seja, incentiva os conceitos e as teorias desenvolvidos localmente a migrarem para outros lugares cognitivos, de modo a poderem ser utilizados fora do seu contexto de origem. (...) (SANTOS, 1988, p. 65-66).

Para se avançar na integração da academia com os serviços e a comunidade é, portanto necessário compreender o lugar das ciências na sociedade e como construir o conhecimento a partir da realidade social e não para a realidade ou alienada a ela. Ainda nas palavras de Chauí (2003):

É preciso tomar a universidade do ponto de vista de sua autonomia e de sua expressão social e política, cuidando para não correr em busca da sempiterna ideia de modernização que, no Brasil, como se sabe, sempre significa submeter a sociedade em geral e as universidades públicas, em particular, a modelos, critérios e interesses que servem ao capital e não aos direitos dos cidadãos (CHAUI, 2003, p. 25).

Considerações finais

Uma educação que articula a rede de ensino, a rede de serviços e a comunidade tem um potencial enorme de ser de fato uma estratégia fundamental para formação de profissionais na área da saúde desde que a realidade seja ponto de partida de uma problematização crítica das relações sociais motoras do mundo e objeto de intervenções contínuas e recíprocas pelos e para os sujeitos transformando a todos no sentido da valorização da vida e da transformação social.

O Campus da UFS no município de Lagarto/SE através de sua proposta pedagógica inovadora, ousada mas premente, está entre aquelas experiências que podem traçar definitivamente novos rumos para educação na área da saúde. No entanto há que se garantir nesse movimento um debate contínuo da função social da Universidade pública para que docentes, discentes, profissionais e demais brasileiros tenham direito a uma educação para autonomia pela cidadania.

Referências

ALBUQUERQUE, G.S.C. et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 411-430, 2013.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO, 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior**. Londrina: EDUEL, 1998.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Tradução de Sérgio Miceli; Silvia de Almeida Prado; Sônia Miceli; Wilson Campos Vieira. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRASIL 1988. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BRASIL 2004. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL 2015. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.127, DE 04 DE AGOSTO DE 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>> Acesso 15 de dezembro de 2015.

CHAUI, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, Dec. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>.

CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer CNE/CES nº 67, de 3 de novembro de 2003**. Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação.

Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf>>
Acesso em: 17 jan. 2016.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. Tradução por Renata Gaspar. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Coleção Textos Fundantes de Educação. 165p.

FREIRE, P. Ideologia e Educação: Reflexões sobre a não neutralidade da educação. In: Gadotti, M. **A educação contra a educação**. 3ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 172p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura). 146p. 41ª reimpressão.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS M. (Orgs.). **Ensino médio integrado**: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005. p. 57-82.

KONDER, Leandro. **O Que é Dialética**. São Paulo. Ed. Brasiliense S.A. Coleção 23. 27ª. ed. 1994.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 230p.

LIMA, L.C. **Educação ao longo da vida**: entre a mão direita e a mão esquerda de Miró. São Paulo: Cortez, 2007.

MICELI, S. Introdução: a força do sentido. In: BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. Tradução de Sérgio Miceli; Silvia de Almeida Prado; Sônia Miceli; Wilson Campos Vieira. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007, p. VII-LXI.

NUNES C.A. Planejamento e Programação Local em Saúde. **In:** AQUINO, R. (org). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Série Cadernos Técnicos, 2. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001.p.107-112.

ROVERE, M. R. **Gestion de la educación permanente:** una relectura desde una perspectiva estratégica. Washington: Educ. Med. Salu., 1993. 27: 4. 489-515.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 46-71, Aug. 1988 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.

VILASBOAS A. L.; TEIXEIRA C. F. Orientações metodológicas para o planejamento das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, BA. **In:** AQUINO, R. (org). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Série Cadernos Técnicos, 2. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p.113-123.