

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

Juliana Guisardi Pereira¹
Lislaine Aparecida Fracollí²

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

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

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

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

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

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

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

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

¹Enfermera, Maestra en Enfermería, Profesor Asistente del Centro Universitário São Camilo, Brasil, e-mail: juguisardi@yahoo.com.br; ²Enfermera, Profesor Doctor de la Escola de Enfermagem de la Universidade de São Paulo, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Con la implantación del SUS, en la década del 80, viene ganando fuerza el pensamiento crítico en salud, que incorpora discusiones en torno de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Asociada a esa idea, se coloca en pauta, también, la necesidad de efectuar cambios en los modelos de atención y de formación de profesionales de salud, de forma a promover una mayor aproximación de la clínica con la epidemiología⁽¹⁾.

Buscando superar el modelo asistencial hegemónico de la multicausalidad, surgió, en el inicio de la década del 90, la proposición del modelo de Vigilancia de la Salud (VS) como alternativa para superar las prácticas fragmentadas en el proceso de construcción e implantación del SUS, en las diferentes regiones del país⁽²⁾. El concepto de salud contenido en la propuesta de la VS coloca en discusión aspectos relativos a la forma de vivir y trabajar como siendo los grandes determinantes de los problemas de salud. Esa forma de concebir el proceso salud-enfermedad apunta para la necesidad de utilizar estrategias de intervención en salud que contemplen la totalidad de la vida, o sea, que no se enfoquen apenas en la condición clínica de los usuarios del sistema de salud. El VS apunta para la necesidad de construir un modelo de atención fundamentado en la búsqueda de la calidad de vida y no apenas en la remisión de señales y síntomas de enfermedades. Como modelo de asistencia, propone que se articule el uso de la epidemiología, de la planificación y de la organización de los servicios de salud así como la comprensión de las desigualdades sociales como determinantes de la desigual distribución de los problemas en la población. El VS operacionaliza acciones de salud de tres grupos de actividades: promoción de la salud, prevención de enfermedades y accidentes y atención colectiva⁽²⁾.

Para colocar en práctica un modelo de asistencia con base en la VS, se requiere un profesional formado con base clínica, epidemiológica y humanística, ya que solo así se puede esperar que tenga la capacidad para actuar de forma amplia en la salud⁽²⁾.

La falta de profesionales de la salud con perfil adecuado para actuar en la perspectiva de la VS ha sido objeto de discusión de muchos autores⁽³⁻⁶⁾, los cuales afirman que la formación de los recursos humanos en salud es uno de los más graves problemas del Sistema Único de Salud (SUS), debido

a que las instituciones formadoras han reproducido modelos de enseñanza conservadores, centrados en la fisiopatología o en la anatomía clínica, en procedimientos y equipos de apoyo diagnóstico y terapéutico, y limitados al aprendizaje en el hospital universitario^(3-4,7). De esa manera, los profesionales recién graduados no salen preparados para enfrentar, de forma adecuada, la complejidad inherente a la propuesta de la VS.

La fragmentación del conocimiento para la formación profesional en el área de la salud tuvo sus orígenes en el modelo norteamericano de enseñanza médico, el llamado modelo Flexner, el cual se caracterizó, principalmente, por la formación sólida en ciencias básicas en los primeros años del curso, énfasis en la atención clínica individual y poco abordaje de los aspectos preventivos y de promoción de la salud, la valorización del aprendizaje en el ambiente hospitalario y de las especialidades médicas⁽⁸⁾.

El modelo flexneriano de educación ha sido hegemónico en la formación de los profesionales de la salud, sea en el ámbito de la graduación o de la educación permanente de los profesionales. Sin embargo, en los últimos años, este modelo ha sido ampliamente discutido, principalmente por ser considerado incapaz de promover una formación que capacite a los profesionales a responder a los desafíos colocados para la salud en el ámbito del SUS⁽⁹⁾.

En la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS), ocurrida en 1986, ya se encuentran registros relacionados a la necesidad de preparar a los profesionales de la salud para actuar en el SUS. El informe de esa conferencia sugirió la realización de capacitaciones y reciclajes permanentes de los recursos humanos, además de la formación de los profesionales de salud integrada a los servicios que componen el sistema jerarquizado y regionalizado de salud⁽¹⁰⁾. En 1988, el artículo 200 de la Constitución Federal Brasileña estableció la competencia de los órganos administrativos del SUS para ordenar la formación de los recursos humanos en salud e incrementar el desarrollo científico y tecnológico⁽¹¹⁾. Las Conferencias de Salud que se realizaron (1992, 1996, 2000, 2004) reforzaron esa atribución de los administradores del SUS.

En 2001, fueron formuladas las Directrices Curriculares Nacionales de los cursos de Medicina, Enfermería y Nutrición, que trataban de orientaciones para elaborar los currículos por las instituciones de enseñanza superior, de forma a flexibilizar la formación

ofrecida a los estudiantes, adecuándola al sistema de salud vigente en el país⁽¹²⁾.

Con base en ese contexto sociopolítico, el Ministerio de la Salud (MS) y el Ministerio de la Educación y Cultura (MEC), vienen estimulando la asociación entre instituciones formadoras de profesionales de salud y servicios de salud, para desarrollar proyectos de enseñanza en esa área. Esta iniciativa busca propiciar el desarrollo de la formación de profesionales de salud para que estén más próximos de los principios del SUS y sean más participantes en las necesidades de salud de la población brasileña. Como ejemplo del estímulo a esas asociaciones se puede citar el PROCED (Programa de Incentivo a los Cambios Curriculares en los Cursos de Medicina – Ministerio de la Salud, 2002); el VPRSUS (Vivencias y Prácticas en la Realidad del Sistema Único de Salud de Brasil – Ministerio de la Salud, 2004), la Integralidad y Aprender - SUS (Ministerio de la Salud, 2004) y el Pro-Salud (Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud – Ministerio de la Salud, 2005).

La apuesta en iniciativas como las descritas se fundamenta en la idea de que la construcción de un proceso enseñanza-aprendizaje crítico y reflexivo incentiva al alumno (futuro profesional de la salud) a comprender críticamente el orden social donde será realizada su práctica profesional. Este proceso de enseñanza también se constituirá en un instrumento importante para la construcción de la ciudadanía y la transformación social. Hacer inversiones en la organización de procesos enseñanza-aprendizaje que incentiven al alumno/profesional de la salud, más que capacitar técnicamente, a que sea un agente activo de los cambios que la sociedad brasileña necesita para transformarse en un país más ecuánime y justo. Otro aspecto de ese proceso de enseñanza, articulado con la realidad del sistema de salud, es llevar al alumno/profesional de salud a construir (y no apenas consumir) el conocimiento a partir de la articulación, *in loco*, entre teoría y práctica, a partir de la experiencia de la interdisciplinariedad⁽⁷⁾.

En ese sentido, la articulación enseñanza-servicio se presenta como una importante estrategia para integrar efectivamente la teoría y la práctica, debiendo también colocarse al servicio de la reflexión de la realidad, posibilitando que el alumno elabore críticas y busque soluciones adecuadas para los problemas de salud encontrados, conservando el compromiso y la responsabilidad con el usuario, a través del cuidado para la emancipación del otro⁽⁶⁾.

Cada vez más ha sido difundida la idea de que la enseñanza, cuando desarticulada de la realidad, se enfoca solamente en el contenido, generando una visión distorsionada de la realidad y apartando a los alumnos de su verdadera responsabilidad profesional. Ese tipo de enseñanza crea una disociación entre el pensar y el hacer, limitando el cuestionamiento, una vez que lo que importa es el volumen producido en el menor tiempo⁽¹³⁾.

La hipótesis orientadora de este estudio partió de la suposición de que, al utilizar el sistema municipal para desarrollar la enseñanza práctica de disciplinas, vinculadas a la formación de médicos y enfermeros, se podría constituir asociaciones que tendrían la potencia para redefinir el modelo de salud.

De esa forma, este estudio tuvo como objetivos describir la articulación enseñanza-servicio desarrollada en una región del municipio de San Pablo, e identificar las contribuciones de esa articulación para la implantación del modelo de Vigilancia de la Salud, a partir de la percepción de los docentes participantes en ese proceso.

MARCO TEÓRICO

Al final de los años 70 y comienzo de los 80, la abertura política, al final del régimen militar, coincidió con la intensa movilización de los educadores en favor de abordajes más críticos sobre la transformación social, política y económica. En ese contexto, se afirmó en el medio educacional, la contribución de pensadores de orientación marxista y surgieron vertientes progresistas de pedagogía. Dentro de ese contexto, la Universidad comenzó también a “repensar” su papel social y a construir propuestas de educación soportadas por las concepciones de Integración Docente-Asistencial (IDA) y por experiencias de articulación enseñanza-servicio, como forma de ser protagonista en la transformación de la sociedad.

El IDA puede ser definido como “trabajo humano inscrito en una sociedad concreta, históricamente determinada, que aspira a aproximar las instituciones de enseñanza, de asistencia y la población. Tiene como objetivo superar las contradicciones de la teoría y de la práctica, contemplando las aspiraciones y posibilidades de salud de las distintas clases sociales que componen la población, así como las aspiraciones y posibilidades de acción de las instituciones de enseñanza y salud en

un proceso de compartir responsabilidades. Tiene como objetivos transformar efectivamente la práctica asistencial y de enseñanza, trabajar en conjunto para alcanzar metas/horizontes, articular los agentes de la institución educacional (profesor y alumno) y los de la institución de salud (médico, enfermero y otros); es mediado por la adquisición y por la profundidad sobre un contenido específico y otro de dominio común y por el ejercicio de la reflexión sobre los hechos, buscando su comprensión según una ética definida, con base en investigaciones científicas⁽¹⁴⁾.

Para algunos autores, los principales productos de las propuestas de IDA se caracterizan por: "estímulo de la calidad de enseñanza y la realización de investigaciones; formación de profesionales con compromiso social; transformación de la enseñanza (modificación de disciplinas); mejoría de la calidad de la asistencia por la posible instrumentación del equipo de salud en el abordaje de la determinación social; educación continuada de los funcionarios; atención a la salud basada en las necesidades de la población; participación social en la planificación de las acciones y transformación en la calidad de vida de las poblaciones"⁽¹⁵⁾.

A pesar de que se buscó la transformación de la realidad social a través de los proyectos de IDA, los mismos autores apuntan factores que influyeron negativamente en la operacionalización de la IDA tales como: carácter, muchas veces más reformista que propiamente transformador, principalmente por no referirse a los reales determinantes del panorama social y de la salud y apenas proponer la planificación entre sectores; carácter vertical, unilateral y sin compromiso con la continuidad de los programas; dicotomía enseñanza/servicio/investigación; la posibilidad de existencia de una relación de dominio de docentes sobre asistentes; el desarrollo de la IDA por apenas una parcela de la universidad⁽¹⁵⁾.

A pesar de las críticas a ese tipo de experiencia de enseñanza, esos autores están de acuerdo en que la IDA consiste en una importante estrategia para producir reflexiones y propuestas de intervención efectivas sobre la realidad social y los servicios de salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de caso, descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo, que buscó

conocer la realidad de la articulación enseñanza-servicio, a partir de relatos de los docentes que participan en ese proceso de articulación.

El escenario de este estudio fue el Distrito de Salud Escuela Butanta (DSEB), en el municipio de San Pablo. El DSEB está localizado en la Coordinación de Salud Centro-Oeste, y tiene una asociación con la Secretaría Municipal de Salud de San Pablo y la Universidad de San Pablo, a través de la Facultad de Medicina (FMUSP), de la Escuela de Enfermería (EEUSP) y de la Facultad de Salud Pública (FSPUSP), para realizar acciones conjuntamente en la gestión, enseñanza e investigación, en el ámbito de la región.

Los sujetos de esta investigación fueron 6 (seis) personas, siendo 2 coordinadores de estudios de los cursos de medicina y enfermería, 3 docentes de la universidad y uno asociado a la Secretaría Municipal de Salud, responsable por la autorización de las prácticas en el local del estudio. Todos los participantes de la investigación poseían enseñanza superior completa, dividiéndose de la siguiente forma en su relación con el curso de graduación: docentes del curso de Medicina (3), docentes del curso de Enfermería (2), Asistencia Social (1). En relación a la formación complementaria, todos la poseían, siendo que, de estos, 4 realizaron una especialización (Administración de Unidad de Salud, Salud Pública, Medicina); 3, maestría (Salud Colectiva, Enfermería, Salud Pública); 4 poseían doctorado (Patología, Enfermería Pediátrica, Salud Colectiva); 2 realizaron residencia médica (Medicina de la Familia y Comunidad, Clínica General); 2 postdoctorado (Medicina Preventiva, Clínica Médica) y 1 era libre docente (Patología).

Los datos fueron recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas en cintas y transcritas. Para realizar el análisis, se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC)⁽¹⁶⁾. La técnica de DSC, propuesta por los autores, está constituida por una organización de datos discursivos que permite rescatar las representaciones sobre un determinado tema, en un dado universo de personas. El DSC configura una "colectividad discursiva", cuyo contenido está compuesto por lo que es dicho por un sujeto individual y por lo que su "compañero de colectividad" actualizado por él. Los discursos son sometidos al análisis de contenido, que se inicia por la descomposición de estos en las principales ideáis centrales presentes en cada uno, individualmente, y

en todos, reunidos, a continuación se realiza una síntesis, que tiene por objetivo la reconstitución discursiva de la representación social⁽¹⁶⁾.

Esta investigación, en conformidad con la Resolución 196/96, fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud del Municipio de San Pablo (CEPSMS), a través del Parecer n° 0204/2005. Después de aprobado, fue solicitada la autorización para realizar el estudio junto a la Supervisión Técnica de Salud Escuela Butanta. Para la recolección de datos, fue utilizado un término de consentimiento libre y esclarecido, donde los sujetos pudieran recibir informaciones y solucionar dudas y, por libre y espontánea voluntad, aceptaron participar de la investigación, siendo mantenido el sigilo, de forma a asegurar la privacidad de los sujetos

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La opinión de los docentes sobre la articulación enseñanza-servicio en el DSE

Con relación a la articulación enseñanza-servicio, fue posible encontrar, en el análisis de las entrevistas, cuatro Ideas Centrales (IC) presentes en los discursos de los docentes, mostradas a seguir.

IC 1 – La integración enseñanza-servicio ocurre por iniciativa unilateral, a través del movimiento de la academia para incorporar a los profesionales del servicio en los programas de prácticas y operacionalizar la actividad de los alumnos en los servicios de la región.

Existen... enfermeras que no son docentes, y son contratadas para actuar en campo con la tarea de tratar de articular acciones que son hechas en la enseñanza con la práctica en la Unidad de Salud. Ellas también incentivan a los trabajadores a operacionalizar acciones de enseñanza, montan grupos o acciones en el territorio que sirvan después como campo para la enseñanza.... son ellas que hacen la integración, que leen las características y el trabajo de la Unidad, tratan de ampliar o establecer algunas acciones que posibiliten las clases prácticas. Existe colaboración de la Unidad de Salud, en la medida en que no se cuenta con algunos Agentes Comunitarios para que se queden con los alumnos, sin embargo es mucho más en una perspectiva de acompañar las acciones que desarrollar o proponer acciones conjuntas. Entonces, ellas están integradas, sin embargo mucho más en una perspectiva de acompañar las acciones que son hechas.

IC 2 – La integración enseñanza-servicio ocurre de forma activa, a través de la contratación de profesionales con perfil docente y de la discusión conjunta, entre trabajadores y universidad, del programa de enseñanza.

Siempre fue propuesto discutir los cuestionamientos domiciliarios y tratar de hacer acciones conjuntas durante las prácticas, de forma a llevar junto a algún trabajador del servicio, inclusive para que esas acciones tengan continuidad a lo largo del tiempo, cuando los estudiantes salgan de la Unidad de Salud... quien más los tiene acompañado son los Agentes Comunitarios de Salud. Antes de comenzar las investigaciones, es discutido con ellos las cuestiones, como ellas se relacionan a las condiciones de salud de los habitantes, y después porque está siendo elaborado ese proyecto educativo y los incentivamos para acompañar las visitas a domicilio. Algunos profesionales participan de la Comisión de Atención Básica, donde existe un representante de los preceptores de cada Unidad de Salud que participa de las discusiones y de la elaboración de contenido y del modo como las disciplinas son dadas. Los médicos de las Unidades ayudaron a desarrollar una disciplina en conjunto con los profesores, que tiene alguna vinculación con las UBS, o con el Centro de Salud Escuela o con los ambulatorios del Hospital de las Clínicas. También se ha buscado seleccionar médicos para esos equipos con perfil docente y el trabajo de ellos y del equipo tiene que ser organizado de forma a dar cuenta de la presencia del estudiante.

IC 3 – La integración enseñanza-servicio ha contribuido para la mejoría de la asistencia.

La integración academia-servicio está hoy un poco mejor que antes, espero que mañana sea mejor. En verdad, lo que se ha visto es que, cuando el servicio se transforma en un lugar académico, acaba mejorando la asistencia también. Como el profesional es responsable por el alumno, acaba estudiando más por tener una persona que le va a preguntar, le va a cuestionar lo que será hecho. El docente tiene una visión crítica de la literatura y de los procedimientos, y el preceptor una visión más completa de la asistencia porque es quien está en la punta. Ese intercambio de informaciones por los dos lados es muy rico y debe ser hecha en la mayor parte de los lugares donde la universidad puede ser una aliada.

IC 4 – Existen actividades de enseñanza, sin embargo no existe una integración enseñanza-servicio.

Todavía falta esa conversación sobre integración. A veces, la universidad llega a la práctica y... simplemente llega; es una persona a más en la Unidad de Salud. No se puede decir que hace la integración de los trabajadores en el proyecto de enseñanza; es mucho más un acompañamiento del proyecto de

enseñanza por los trabajadores, y los alumnos acompañando las actividades que ellos realizan. No es una integración; no se pensó en un proyecto conjunto. Hasta hay discusiones, a veces, cuando el alumno entra en las consultas y las enfermeras se disponen después a discutir porque lo hicieron de esa forma. En la elaboración de las disciplinas, también, no hay mucha participación de los profesionales del servicio.

El análisis de los datos mostró que las Ideas Centrales que se encuentran en los discursos de los docentes, sobre la integración enseñanza-servicio, son diversas y están apoyadas en diferentes perspectivas teóricas. Para algunos docentes la integración enseñanza-servicio no existe, para otros, la integración está presente cuando el profesional del servicio de salud se propone acompañar las actividades prácticas del alumno, o cuando ese profesional es contratado para actuar en la Unidad de Salud por "gustar" de recibir alumnos. Otra idea que surge se refiere a que la presencia del alumno en el servicio de salud mejora la calidad y la capacitación del profesional.

Algunos momentos de intersección red básica/universidad fueron apuntados en los discursos, tales como: participación de médicos de las UBS en la elaboración de disciplinas y en la actuación de preceptor de alumnos, contratación de médicos con perfil docente, participación de enfermeros en la reorientación curricular, discusión de casos con agentes comunitarios de salud.

La contribución de la articulación enseñanza-servicio para la construcción del modelo de Vigilancia de la Salud en el territorio en la perspectiva del docente

En esa categoría de análisis, donde se buscó ver cuál es la contribución que la articulación enseñanza-servicio podría traer para cambiar la forma de realizar la asistencia a la salud en la región, se puede encontrar dos grandes Ideas Centrales en los discursos de los docentes.

IC 1 – Existe participación incipiente de la Universidad en la implantación de la Vigilancia de la Salud que aparece a través de la implantación de algunas acciones y en la enseñanza de ese tema en las disciplinas.

La contribución de la Universidad para el cambio de modelo de salud en los servicios ha sido muy poco discutida... la integración todavía es incipiente. La universidad tiene mucho que contribuir con el trabajo que sucede en la punta... La red no

puede ser usada solo como un instrumento de campo de práctica. La participación de la universidad se ha dado en la formación de los alumnos... el contenido de la Vigilancia de la Salud está en el currículo, preparando al alumno teóricamente y trabajando esas cuestiones en campo... se está tratando de enseñar un modelo nuevo de no solo tratar la enfermedad, más bien de promover la salud, prevenir enfermedades y curar, también. Si no se coloca la Atención Básica en los primeros años del curso, el alumno solo va a ver el modelo curativo, porque a partir del segundo año, él ya atiende pacientes en el hospital. Cuanto más temprano el alumno es expuesto a una atención integral, más fácilmente se tendrá un profesional que consiga ver las tres cosas de forma más organizada. Así siendo, se tiene, realmente, el objetivo de cambiar el paradigma con que esos alumnos están siendo formados.

IC 2 – La Universidad no ha participado en la implantación del modelo de Vigilancia de la Salud por falta de directrices del Municipio y por no ser ese su papel.

El problema es que a veces no llegan informaciones... La Municipalidad no pasa las cosas de una forma clara... No llegó ninguna información sobre estar siendo creada la COVISA (Coordinación de Vigilancia de la Salud) y muchos nunca escucharon hablar de ese asunto. Nunca se escucho comentar la perspectiva de la Vigilancia de la Salud, en la gestión pasada y mucho menos en esta. Los médicos de las Unidades de Salud no están participando de ese proceso; entonces, es difícil enseñar a los alumnos una cosa que los profesionales desconocen. En cuanto a la participación de la universidad en la implementación de ese modelo, primero que la academia no tiene ninguna posibilidad o ninguna fuerza para implementar un modelo de salud, porque el modelo de salud es una operacionalización de una dada política, y la elaboración de la política es una negociación que contempla más intereses políticos que necesidades.... La Universidad no tiene ese poder.

Sobre la participación de la universidad en la implantación del modelo de Vigilancia de la Salud, a través de la integración enseñanza-servicio, los discursos apuntaron que es limitada y está circunscrita al desarrollo de un programa de enseñanza en los cursos que preparan al futuro profesional para una práctica ampliada. Los docentes apuntan también que el cambio de modelo asistencial es un proyecto político municipal y que pocas veces, o casi nunca, ese proyecto es construido de forma conjunta en el ámbito del DSEB. Es importante apuntar que algunos docentes atribuyen su participación en el DSEB a un papel técnico pedagógico, excluyendo de su competencia la praxis política.

CONSIDERACIONES FINALES

En el trabajo cooperativo de asociación entre la universidad y la red de salud, se vislumbra la prestación de asistencia cualitativamente diferenciada por la presencia de profesores supervisando a los estudiantes, orientada a atender las necesidades de salud de la población local por diversas categorías profesionales, consistiendo en fruto de realización de investigaciones. Por otro lado, la valorización, por parte de la academia, de la función docente desempeñada por el profesional del servicio es apuntada como un importante factor para aproximar las instituciones de enseñanza y de servicio⁽¹⁷⁾.

En el actual escenario de las políticas públicas brasileñas, un nuevo programa para valorizar la función docente, desempeñada por el profesional del servicio, se encuentra en fase de introducción. Se trata de un programa entre ministerios, en que participan los Ministerios de la Salud y Educación, designado Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud), el cual tiene como objetivo fomentar grupos de aprendizaje tutorial en la Estrategia Salud de la Familia⁽¹⁸⁾. Al constituirse en un instrumento para viabilizar programas de perfeccionamiento y especialización en servicio de los profesionales de la salud, así como de iniciación al trabajo, prácticas y vivencias, orientados a los estudiantes del área, el PET-Salud puede constituirse en una forma de contrapartida importante a los preceptores de alumnos y en importante factor para una mayor aproximación de las instituciones de enseñanza y de servicio.

La consolidación de prácticas innovadoras en los escenarios reales requiere un paso fundamental: la transformación del proceso de trabajo, siendo necesaria la coherencia entre el proyecto de los servicios y la propuesta educativa en sus dimensiones política, técnica y metodológica, de forma que esas iniciativas participen instancias de administración de

los servicios de salud, de la universidad y de la población. Así siendo, para tratar de trabajar sobre la realidad, para transformar el proceso de trabajo establecido y promover cambios profundos en las relaciones, es necesario que el compromiso y la decisión de formar parte del proceso sean institucionales y no solamente de actores aislados. El trabajo en los escenarios de los servicios implica, necesariamente, en realizar negociaciones con el poder político local, especialmente en el contexto en curso, en que el municipio es el encargado de la salud en nuestro país. De esa forma, es fundamental, que en el local de estudio, sea realizado un trabajo cuidadoso para establecer prioridades, para construir intervenciones y dar continuidad a las acciones, procesos estos que demandan la participación efectiva de los diversos actores⁽¹⁷⁾.

La reorganización de la atención con base en la VS implica nuevos roles, nuevas relaciones y nuevas prácticas en todos los niveles del sistema. Estos cambios pueden ser favorecidos por las políticas (financiamiento, gestión y remuneración), lo que viene siendo visualizado por los administradores del SUS. Sin embargo, dadas las características del cambio – valores, actitudes, prácticas – esta tiene que ser construida fundamentalmente en el espacio local, protagonizada por los profesionales, población, docentes y estudiantes⁽¹⁷⁾.

Quedó evidente la necesidad de continuar invirtiendo en el proceso de construcción de nuevas relaciones enseñanza-servicio-comunidad, sensibilizando administradores, universidades y líderes comunitarios en el sentido de calificarlos. Se debe buscar ampliar las oportunidades y crear espacios efectivos de discusión y conversación entre la universidad, los servicios, los líderes comunitarios y consejos de salud, provocando la discusión sobre el papel que todos estos actores tienen en la formación profesional y en la reorganización de la atención.

REFERENCIAS

1. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):36-48.
2. Bertolozzi RM, Fracolli LA. Vigilância à Saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *Mundo Saúde.* 2004; 28(1):14-20.
3. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos

humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(2):373-83.

4. Belaciano MI. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. *Divulg Saúde Deb.* 1996; (12):39-3.
5. De Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latino-am Enfermagem* 1998; 6(2):83-8.
6. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da

- FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
7. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):18-24.
8. Lampert JB. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. *Cad Assoc Bras Ensino Med.* 2006; 2:81-8.
9. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004. p.149-178.
10. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
11. Constituição, 1988 (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
12. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES n. 1133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2006 jan. 19]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#diret>
13. Lück H. *Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos.* 7ª Ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
14. Egry EY, Fonseca RMGS. Dimensão pedagógica da integração docente-assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. *Saúde Deb.* 1994; (42):16-22.
15. Pereira JG, Fracolli LA, Oliveira MAC, Egry EY, Fonseca RMGS. Integração docente-assistencial e vigilância da saúde: revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade Saúde e Sociedade.* 2005; (14) spl. 1,120-1.
16. Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa.* Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
17. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Deb.* 2000; (22):36-48.
18. Portaria Interministerial N. 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BR). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 ago, 2008. Seção 1: 1677-7042.*