

### **3 - A trajetória de implantação da disciplina interação universidade serviço comunidade e suas características**

Marina Lemos Villardi  
Eliana Goldfarb Cyrino  
Neusi Aparecida Navas Berbel

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL, NAN. A trajetória de implantação da disciplina interação universidade serviço comunidade e suas características. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 53-62. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

### 3

## A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA INTERAÇÃO UNIVERSIDADE SERVIÇO COMUNIDADE E SUAS CARACTERÍSTICAS

A Faculdade de Medicina de Botucatu foi criada no início dos anos de 1960. Participou de movimentos ocorridos no país para a reformulação e inovação do ensino médico e do movimento sanitário.

O Departamento de Saúde Pública foi criado em 1968 e, desde a sua concepção, tornou-se prioridade a sua inserção na graduação médica, nas atividades de prestação de serviços de atenção básica na cidade e na região de Botucatu, na elaboração e no desenvolvimento de serviços. Em 1969, com o objetivo de favorecer o desenvolvimento técnico e o aprendizado vivencial num espaço fora do hospital, os alunos passaram a realizar o seu estágio na Unidade de Saúde da Fazenda Lageado e Edgardia, com a participação de docentes dos departamentos de Medicina Preventiva, de Pediatria e do Curso de Doenças Tropicais e Infecciosas (Pinto, 2013).

Em 1970, a instituição promoveu a aproximação entre o ensino médico, a família e a comunidade, ao realizar experiências de vivências também em outros equipamentos sociais e de saúde do município. Ressalte-se que essa instituição foi pioneira, dentre as faculdades de Medicina

do Brasil, na expansão do internato e na implantação do Centro de Saúde Escola na época (Cyrino, 1997; 2002).

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, há grande mobilização para transformar o campo da formação em Saúde. Assim, iniciou-se, a partir de 1988, o processo de reforma curricular que permitiu o desenvolvimento de atividades inovadoras no ensino na faculdade de Botucatu (Cyrino, 1997; 2002).

A partir da década de 1990, novas propostas e modelos de ensino médico vêm sendo adotados em diversas escolas da América Latina, buscando-se a sua reformulação. Alguns desses projetos propõem-se realizar um ensino médico voltado para o desenvolvimento de atividades que tenham como foco as necessidades sociais de saúde, “a busca de novos cenários para o ensino/aprendizado em saúde, como as unidades básicas de saúde, e a própria ideia de um ensino médico que articule os diferentes níveis de atenção à saúde, à integração dos serviços de saúde” (Cyrino; Rizzatto, 2004).

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica instituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) para avaliar a educação médica e promover o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (Pinto, 2013). No primeiro momento do projeto, desenvolvido pela Cinaem, foi traçado um panorama das escolas médicas brasileiras, a partir de um roteiro elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e foram identificadas questões importantes, como os métodos pedagógicos utilizados, o sistema de avaliação docente e discente e a proposta curricular.

Em 1996, com a aprovação do novo currículo para o curso de Medicina, foi permitido estender os processos de

ensino/aprendizagem para outros espaços, o que trouxe consequências positivas para a instituição, como informa Cyrino (2002):

A grande novidade e contribuição deve-se à possibilidade de trabalhar em unidades básicas e/ou regiões de abrangência das mesmas, com planejamento participativo, e então problematizar a realidade e buscar caminhos para enfrentar os problemas diagnosticados sem perder de vista a própria realidade e o conhecimento já produzido sobre os diferentes temas trabalhados. Esta oportunidade de sentir-se sujeito, poder identificar problemas e propor soluções foram os elementos diferenciados expressivos no processo. (p.216)

Em 1998, a Cinaem realizou um movimento de mudanças, com o objetivo de promover o real atendimento das necessidades de saúde da população (Pinto, 2013). Com base nisso, um grupo de docentes do Departamento de Saúde Pública iniciou, nesse mesmo ano, a elaboração de uma nova disciplina a ser ministrada no terceiro ano médico: Saúde Coletiva III, que resultou da junção das disciplinas: Epidemiologia, Nutrição em Saúde Pública, Ciências Sociais, Ética e Administração em Saúde Pública (Cyrino; Rizzato, 2004; Pinto, 2013).

Desde o ano 2000, os ministérios da Saúde e da Educação vêm buscando formular políticas que promovam mudanças na formação dos profissionais da saúde: as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da Saúde; o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); a VER-SUS, estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de Saúde (Cyrino et al., 2005).

O Promed tinha como principal objetivo fomentar a inovação no ensino médico, integrando-o ao desenvol-

vimento do SUS. Para tanto, as escolas médicas que participaram do programa contaram com apoio financeiro durante seis anos consecutivos, para incrementar a mudança curricular em três eixos: diversificação de cenários de ensino, capacitação docente e revisão teórica de todo o eixo do plano e do processo de ensino – ou seja, a relação ensino–serviço foi tratada como primordial. Incentivos do Ministério da Educação e Cultura para alavancar mudanças na formação superior de profissionais de Saúde favoreceram significativas mudanças no ensino, na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), na busca de uma formação condizente com os preceitos do SUS (Cyrino et al., 2005).

Em 2002, conforme Pinto (2013), iniciou-se uma ampla discussão, envolvendo alunos, docentes e direção da FMB, docentes do Instituto de Biociências, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da comunidade. Nesse momento, foi proposto o Programa Interação Universidade, Serviços e Comunidade (IUSC) como uma possibilidade de problematizar o modelo tradicional de assistência, com foco nas doenças, e o processo de trabalho, de modo a torná-lo comprometido com a solução dos problemas de saúde.

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, há a possibilidade de novo avanço no processo de mudança curricular da FMB, ao oferecer apoio às instituições formadoras de profissionais da área da Saúde, buscando a integralidade da atenção à saúde da população e a educação permanente de recursos humanos para o SUS (Cyrino et al., 2005).

A fim de romper com os modelos tradicionais, centrados no hospital e na doença, e enfrentar os desafios contemporâneos em relação à formação profissional em Saúde, em 2003 passou a haver maior integração com a co-

munidade em algumas disciplinas, como é o caso da Saúde Coletiva, organizada em núcleos temáticos centrados na discussão de situações vivenciadas na prática da saúde pública – a integração aconteceu em Unidades Básicas de Saúde, nos serviços de saúde visitados, em estudos sobre organizações de saúde municipais; da Pediatria na Comunidade, desenvolvida na atenção primária ao longo do quarto ano de graduação, em grupos de dez alunos, com atividades de consulta às crianças de diferentes faixas etárias; do Internato de Saúde Pública, também desenvolvido ao longo de seis semanas em Unidades de Saúde da Família, em que o aluno atua como membro da equipe, prestando atendimento médico; e do Programa Interação Universidade, Serviço e Comunidade (Pinto, 2013).

A partir de 2003, o projeto de ensino na comunidade, por meio da disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), operacionalizou-se, distanciando-se do modelo de atividades educacionais restritas à visão biológico-reducionista do cuidado médico e voltando-se para a promoção da saúde (Cyrino et al., 2007).

As atividades desenvolvidas junto à comunidade (em domicílios, creches e escolas e unidades de saúde, entre outros) corresponderiam aos cenários de ensino da IUSC, em parceria com a Prefeitura de Botucatu e a comunidade, com o objetivo de observar, analisar e propor intervenções sobre a situação de vida da população (Uliana, 2011).

Dentre as estratégias adotadas para os alunos atuarem junto à comunidade incluíam-se ainda: a realização de visitas domiciliares para observação e acompanhamento de crianças com menos de dois anos; o reconhecimento do território referenciado a uma unidade de saúde; visitas aos equipamentos sociais, para a elaboração de práticas de saúde voltadas para os problemas específicos das comunidades do bairro ou da escola (Cyrino et al., 2006).

Participam e participaram desse conjunto de disciplinas, como professores tutores, profissionais das áreas de Biologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social, Sociologia, Relações Públicas e Terapia Ocupacional, que contribuem com diferentes olhares e significados ao trabalho em equipe. São selecionados pelo interesse em atividade educacional em construção, pela experiência em trabalho grupal e atuação na comunidade. São docentes, pós-graduandos em Saúde Coletiva e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde ou da FMB.

Em 2007, o programa IUSC passou a compor o currículo, como disciplina oficial no primeiro, segundo e terceiro anos de graduação, com a colaboração de professores de diversas áreas da Saúde, não pertencendo a nenhum departamento da faculdade, mas como um conjunto de disciplinas do Conselho de Curso de Medicina da FMB, com a participação de diversos departamentos, diversas disciplinas, sendo assim supradepartamental e interdisciplinar. A partir de 2008, a disciplina foi incluída também no curso de graduação em Enfermagem, como um programa do conselho de curso, passando a desenvolver um desenho interprofissional.

A partir de 2009, com o início dos trabalhos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, denominado PET-Saúde da Família na FMB, ampliou-se a presença de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu atuando como professores tutores na IUSC.

O conjunto de disciplinas-IUSC está presente nos três primeiros anos da formação em Medicina e nos dois primeiros anos da formação em Enfermagem. Existem objetivos específicos para cada ano e são utilizadas estratégias diferentes, visando a aquisição de conceitos e o melhor

entendimento dos problemas de saúde na atenção primária à saúde e sua complexidade.

A IUSC surgiu em decorrência do reconhecimento da necessidade de que alunos e professores vivenciassem práticas voltadas para a integralidade das ações em saúde, procurando romper com a concepção biomédica no processo de ensino/aprendizagem (Cyrino et al., 2005). Tem a principal preocupação de colocar o aluno em espaços extra-hospitalares, onde pode interagir com moradores, lideranças comunitárias e profissionais de saúde da área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e de Família e assim poder vivenciar os diversos pontos que compõem a rede de atenção do SUS, do setor saúde ou de outros setores. O trabalho é realizado em pequenos grupos de alunos, sob a supervisão de um profissional, centrado em territórios onde se localizam as unidades de saúde.

No primeiro ano da disciplina, enfatiza-se a importância de conhecer as condições de vida e de saúde da população e dados demográficos e epidemiológicos da área na qual o grupo de alunos atuará. São realizadas entrevistas com lideranças comunitárias e com profissionais que atuam nos equipamentos sociais da área (centros comunitários, creches, escolas, Unidades Básicas de Saúde e de Família etc.), tendo como eixo norteador aspectos históricos e estruturais e o cotidiano do bairro. Também são realizadas visitas domiciliares às famílias em que há crianças com menos de um ano, indicadas pela Unidade Básica de Saúde e de Família, com foco na amamentação/alimentação e no desenvolvimento dos bebês.

No segundo ano, o objetivo é ampliar as habilidades dos alunos, agora voltadas para o planejamento, a execução e a avaliação de atividades de educação em Saúde, buscando promover a saúde a partir das demandas da comunidade. Continuam a ser realizadas as visitas domiciliares iniciadas no primeiro ano, mas agora voltadas para o reco-



nhecimento das condições de vida e de saúde das famílias acompanhadas. Outras atividades de educação em Saúde são realizadas em espaços existentes na comunidade: na própria unidade de saúde, em escolas, creches, no centro comunitário, em projetos sociais, buscando-se, com isso, melhor entender como vive a população e por que adoeece.

Nesse ano, a ênfase volta-se para a educação em Saúde junto à comunidade das Unidades de Saúde da Família, nas escolas e creches. O principal objetivo é ampliar as habilidades dos alunos relacionadas ao planejamento, à execução e à avaliação de atividades de educação em Saúde e ampliar o entendimento sobre como a população produz saúde. Romanholi (2010) esclarece que as atividades realizadas em outros cenários de ensino nesse ano, na IUSC, objetivam o contato aprofundado e permanente com o cotidiano do processo saúde–doença da população. Para tanto, utiliza:

- Trabalho e discussão em grupos regulares, com a orientação de um professor tutor que busca resgatar conhecimentos e experiências prévias, articulando e problematizando conteúdos.
- Trabalho de campo nos territórios das Unidades Básicas de Saúde e de Família em que os alunos estão inseridos.
- Aula expositiva dialogada.
- Estudo dirigido em grupo e individualmente.
- Elaboração de relatórios escritos em grupo e individualmente.
- Discussão em grupo e individual das sínteses produzidas, avaliação periódica do material, retorno sobre os pontos importantes dentro do processo de avaliação formativa.

De acordo com Romanholi (2010), no segundo ano da disciplina, os objetivos são:

Desenvolver atividade educativa preferencialmente em uma escola das respectivas áreas de abrangência, integrando o reconhecimento da escola, da criança em idade escolar e de sua condição de vida.

Levantar a história de saúde dos adultos que compõem a família (irmãos, pais, avós etc.), identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde da área de abrangência, visando o desenvolvimento de habilidades de abordagem e sistematização de informações (registro com qualidade de compreensão).

Elaborar plano de ação educativa e sua implementação como parte integrante do bloco temático de Integração Básico–Clínico (PBL).

Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s). (p.52-3)

Como estratégia, são utilizadas discussões teórico-práticas embasadas na teoria da educação em Saúde dialógica; a problematização de situações vivenciadas pela comunidade; a realização de atividades de educação em Saúde, considerando as informações sobre as demandas de saúde identificadas desde o primeiro ano na área de abrangência; a integração dos conhecimentos das disciplinas afins; a integração da universidade com a Secretaria Municipal de Saúde, os serviços e outros equipamentos sociais, através de diálogos frequentes; a promoção de ações de educação em Saúde nas respectivas áreas de abrangência (Romanholi, 2010; Manoel, 2012).

No terceiro ano, os alunos realizam atendimento clínico supervisionado, preferencialmente na mesma Unidade Básica de Saúde e de Família da área de abrangência em que atuaram nos anos anteriores. O objetivo dessa atividade é o desenvolvimento do raciocínio clínico. O sujeito

do cuidado médico é considerado de forma integral e inserido em sua realidade histórica e social.

As disciplinas, nos diferentes momentos de desenvolvimento, trabalham com atividades que privilegiam a interação teórico-prática, promovendo a problematização da realidade, a partir das bases teóricas de Paulo Freire e da tendência pedagógica progressista “crítico-social dos conteúdos”. O intuito é trabalhar a problematização durante todo o desenrolar das disciplinas, mas também ir além e apostar em uma mudança nas práticas em saúde, no cuidado ao paciente, às famílias e nas relações com a comunidade.