

Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde

New teaching settings: the community and the territory as privileged spaces for health professionals training

Maria Paula Panúncio-Pinto¹, Maria de Lourdes Veronese Rodrigues², Regina Célia Fiorati¹

RESUMO

A necessidade de ampliar os cenários de ensino para a formação de profissionais da saúde emergiu a partir da segunda metade do século passado, do processo histórico que resultou em mudanças tanto na organização dos sistemas de saúde de diversos países, quanto na forma de pensar o ensino e a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde. Este artigo tem os objetivos de apresentar alguns resultados de discussões ocorridas em conferências e reuniões, nas áreas de Saúde e de Educação; os aspectos sociais, políticos e administrativos da assistência a saúde; as ações conjuntas dos Ministérios da Saúde e da Educação no Brasil para consolidação das políticas de formação de recursos humanos. Pontos de destaque na compreensão da emergência de novos cenários de ensino para profissionais da saúde remetem à adequação de currículos às necessidades sociais e de saúde dos países e regiões; à aproximação ensino-serviço na formação dos profissionais de saúde; à intersetorialidade e à multidisciplinaridade, além do reconhecimento da pertinência do ensino na comunidade para a aquisição de conhecimento, competências e habilidades. As autoras comentam, ainda, sobre barreiras para o desenvolvimento do ensino na comunidade, tanto da parte de membros da universidade quanto dos serviços de saúde, e sobre a importância do “novo cenário” de ensinagem para a integração das atividades-fim da Universidade e para o desempenho do papel social das Escolas das Profissões da Saúde.

Palavras-chave: Cenários de Ensino. Profissões de Saúde. Ensino/Comunidade. Sistemas de Saúde. Serviços de Integração Docente Assistencial. Política de Saúde. Aspectos Históricos. Responsabilidade Social.

1. Docente. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

2. Docente. Departamento de Cirurgia Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Correspondência:
Profa. Dra. Maria Paula Panúncio-Pinto
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Hospital das Clínicas da FMRP- Campus da USP
CEP: 14048-900 - Ribeirão Preto
mapaula@fmrp.usp.br

Artigo recebido em 25/11/2014
Aprovado para publicação em 18/12/2014

ABSTRACT

From the second half of the twentieth century the need to widen the scenario for teaching of Health Professions has emerged from a historical process, which has enabled significant changes either in its general outlook as a whole, or in the organization of health systems in different countries, concerning the identification of goals as well its achievement. This article aims to put forward the results of discussions which took place in meetings and conferences related to Education and Health; the social, political and administrative aspects of Health assistance; the joint actions of the Ministries of Education and Health in Brazil, aiming the consolidation of the policies which concern the professional skilling of Human Resources. Points of emphasis on understanding the emergence of new teaching scenarios for health professionals refer to the adjustment of curriculums to make them meet different liabilities in different Social and Health worldwide scenarios; to the integration of Health and Education in the preparation of professionals; to the exchanging of experiences among different sectors and different professions; and to adequacy of community-based learning for the achievement of knowledge and skills, affective included. The authors even comment about the barriers for the development of community-teaching, pointed out by university and Health services members and about the importance of the "new scenario" for the integration of different university activities, and for the complete accomplishment of the social role of Health Professions Schools.

Keywords: Teaching Settings. Health Occupations. Teaching/community-based. Health Systems. Teaching Care Integration Services. Health Policy. Historical Aspects. Social Responsibility.

Principais Pontos de Interesse

1. A partir da Conferência Internacional Para Cuidados Primários em Saúde (Alma Ata, 1978) a saúde passa a ser a principal meta social de todos os governos, considerando-se a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, reiterando o compromisso pela equidade, e o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.
2. A integralidade e universalização dos cuidados em saúde não são responsabilidade exclusiva do setor de saúde, mas responsabilidade de todos: a saúde como direito universal e a intersetorialidade como constituinte dessa nova compreensão.
3. A realidade da transformação dos modelos de concepção e assistência em saúde e da configuração ampliada e intersetorial requer um profissional formado dentro de um conhecimento interdisciplinar, que perceba a importância de atuar em múltiplas frentes e campos, aceitando que as questões de saúde são produzidas a partir da forma como a sociedade se organiza, das suas orientações econômicas e do acesso político às instâncias deliberativas da vida coletiva.
4. No Brasil, a Constituição Federal (1988) e a Lei Federal 8080/90 definem que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)

devem ser o campo de prática para o ensino e a pesquisa num processo permanente de integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o SUS. A definição de políticas de formação de recursos humanos para atuar no SUS implica na realização de ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

5. As importantes mudanças ocorridas na área da saúde nas décadas de 1980 e 1990, e a conseqüente reordenação na formação de profissionais ainda enfrenta desafios e obstáculos para se consolidar, seja em relação à Universidade, seja em relação aos serviços.
6. O ensino na comunidade propicia mais uma oportunidade de desenvolvimento adequado das atividades de extensão universitária, que devem, idealmente, ocorrer de forma indissociável do ensino e da pesquisa, constituindo, para as Escolas de Profissões da Saúde, uma forma de exercício de sua responsabilidade social.

Considerações Iniciais

O reconhecimento da necessidade de ampliar os cenários de ensino para a formação de profissionais da saúde emerge do processo histórico que constituiu mudanças tanto na organização do sistema de saúde, a partir de movimentos internacionais que

problematizaram seu conceito, determinantes e a melhor forma de alcançá-la, quanto na forma de pensar o ensino e a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde.

A nova ordenação do Sistema de Saúde no Brasil e as implicações para formação profissional nesse campo, são consequência do debate internacional que resultou na série de documentos com ênfase em uma abordagem primária e integral em saúde.

A partir da segunda metade do século passado a área da saúde passou por notáveis transformações que atingiram o mundo todo. Tais transformações podem ser contextualizadas a partir de duas vertentes:

1. Mudanças científico-tecnológicas que levaram ao aumento da eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, provocando uma revolução nas ciências biomédicas, com a emergência de um mercado mundial hiper especializado, capaz de girar e concentrar grande volume de dinheiro, promovendo lucros significativos. O desenvolvimento alcançado não garantiu acesso equitativo da população aos benefícios gerados nesse processo;
2. As contradições ideológicas, filosóficas e éticas levaram à busca de soluções para a saúde pública e outras referências para práticas integrais em saúde, a partir da diretriz “saúde para todos” e a proposição de atenção primária como estratégia para atingir mundialmente essa meta, até o ano 2000.¹

A Conferência Internacional Para Cuidados Primários em Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (Alma Ata, 1978) representa o marco que desencadeou uma série de debates materializados em outros documentos internacionais* que colocam a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional.²

A saúde passa a ser a principal meta social de todos os governos, considerando-se a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, reiterando o compromisso pela equidade, e o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

Nos documentos, reitera-se a responsabilidade dos governos pela promoção de saúde, e a atenção primária como forma de se alcançar a universalização e a humanização do cuidado, e como estratégia de abranger todos os setores da sociedade a partir das políticas públicas (economia, meio ambiente, educação, assistência social, etc.).

Considerar a atenção primária, a promoção e a educação em saúde como essenciais, implica no reconhecimento da complexidade inerente ao processo saúde-doença. Nesse sentido, emerge a compreensão de que a integralidade e universalização dos cuidados em saúde não são responsabilidade exclusiva desse setor, mas responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global. Nessas discussões, está presente de forma recorrente a noção de capacitar a comunidade para ser agente nas conquistas relativas à sua saúde como direito universal e a intersectorialidade como constituinte dessa nova compreensão.

Intersectorialidade: perspectivas para uma governança global para a equidade

A partir do final dos anos 1970 e principalmente, das transformações paradigmáticas da concepção do processo saúde-doença, decorrentes das recomendações da Conferência de Alma Ata, inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”, recoloca-se o debate sobre o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Busca-se a superação da compreensão do processo saúde-doença centrado no individual, no biológico e no hospital, em favor de uma concepção que considera que a forma como uma sociedade se organiza é fundamental para as condições de saúde de pessoas e populações. Essa visão se afirma com a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde - CDSH, no ano de 2005.³ Os determinantes sociais da saúde são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.⁴

A CDSH define os determinantes sociais da saúde (DSS) em três esferas: os determinantes estruturais e intermediários; o contexto sociopolítico; e os

* Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (Austrália, 1988) ; Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); Declaração de Santa Fé-Bogotá (Colômbia, 1992).

contextos nos quais se pode lidar com as iniquidades sociais. Os determinantes estruturais são aqueles ligados e geradores de estratificação social e incluem os tradicionais fatores da renda e educação. Também incluem: gênero, etnia e sexualidade como estratificadores sociais e coesão social relacionados ao capital social. Os determinantes intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social subliminar, e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde. Incluem: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável. Este modelo considera os contextos sociais e políticos como fatores determinantes que influenciam processos de saúde/doença em certos segmentos populacionais. Os contextos sociais incluem o rápido crescimento urbano com os assentamentos e áreas habitacionais com precárias condições de saneamento e vida, o desenvolvimento infantil que influencia o desenvolvimento para toda a vida, as condições e os processos de trabalho, o sistema de saúde e acesso a serviços públicos. Todos esses fatores são condicionados, por sua vez, pelo macro-determinante político ligado à globalização da economia e seus efeitos sobre as economias nacionais, resultando em organização política com foco no desenvolvimento econômico em detrimento das políticas sociais.⁵

Ainda que os DSS incluam, igualmente, as formas como as pessoas, grupos e populações trabalham, suas manifestações culturais e suas concepções sobre saúde, doença e formas de tratá-las, são as condições iníquas, nas quais se encontram muitos segmentos sociais, que mais têm impactado e determinado a persistência de doenças, condições e estados que poderiam ser erradicados. Em outras palavras, possui-se tecnologia e conhecimento para isso, mas não se consegue uma efetiva resolutividade, configurando-se, assim, uma realidade evitável, injusta e desnecessária.⁶

O relatório final da Comissão The Lancet – Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde (2014) apresenta que as iniquidades em saúde têm origem política e relacionam-se diretamente com a forma pela qual o sistema de governança global tem sido gerido. De acordo com este relatório, as instituições, os mecanismos, as relações e os processos complexos formais e informais entre Estados, mercados, cidadãos e organizações, através dos quais interesses coletivos são geridos, não tem conseguido resolver

as imensas desigualdades sociais e de acesso aos bens e serviços necessários para atingir-se a almejada equidade, anunciada em Alma Ata, e as iniquidades vem afetando de forma desastrosa populações mais vulneráveis e pobres do mundo.⁷

Assim, partindo do entendimento de que governança global para a saúde abrange todas as áreas que afetam a saúde, essa proposição demanda que a equidade seja um objetivo de todos os setores – econômico, político, social, cultural, ambiental, entre outros. Não se trata apenas de centrar esforços em melhorar a governança em saúde, mas de discutir como os setores externos a saúde podem favorecer o setor da saúde, considerando que as desigualdades sociais intensas e injustas são geradas e mantidas fora desse setor. Dessa forma, aponta-se para o essencial e urgente modo de gestão político-social que é a intersectorialidade.

A intersectorialidade é entendida como uma forma de articulação entre pessoas de diferentes setores e organizações com diversos saberes e poderes com vistas a resolverem problemas complexos, bem como, coloca-se como uma forma de gestão integrada de políticas públicas.⁸

Para responder às questões socioculturais de grande complexidade, polissêmicas e multifacetadas que surgem na contemporaneidade, as ações intersectoriais mostram-se como estratégias importantes na busca de novos modelos organizacionais, pressupõem a interdisciplinaridade que se coloca na base do planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades, grupos populacionais específicos, considerando um espaço e questões territoriais, com o objetivo de atender às necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral.^{9,10}

Além disso, a intersectorialidade apresenta-se como alternativa a uma anacrônica lógica setorial, fragmentada, vertical e autônoma em relação a outros setores, que vão reproduzindo, cada setor em sua esfera de atuação, suas ações mais ou menos independentes umas das outras, desarticuladas e sem considerar as inter-relações imbuídas nas problemáticas sociais existentes.

Ao esbarrar em arraigadas tradições político-administrativas que dominam as ações na implementação e gestão das políticas públicas no Brasil, a intersectorialidade encontra vários obstáculos, os quais se expressam, principalmente, através de uma cultura de fragmentação nas formas de gestão da máquina da

administração pública, que impede o desenvolvimento de estratégias compartilhadas, principalmente no que diz respeito aos recursos de financiamento das políticas públicas, e a interesses privados na manutenção de determinados poderes setorializados. Nesse sentido, o processo de construção de ações intersetoriais é uma aprendizagem, e depende da determinação dos sujeitos, da vontade política dos gestores e da descentralização da governança, entre outros fatores.^{11,12}

Apesar das dificuldades, afirma-se a importância da formação de instâncias e de uma prática de trabalho intersetoriais para elaboração, realização e gestão de políticas e programas, mostrando-se como um mecanismo de inovação e fortalecimento da gestão pública em face de problemáticas complexas, tais como: combate a pobreza, redução das desigualdades sociais, iniquidades sociais e em saúde, em programas de transferência condicionada de renda, na superação de programas de transferência de renda para a criação de sistemas produtivos de trabalho e renda. Para estes programas e ações é imprescindível a articulação de várias áreas da política social como saúde, educação, assistência social, trabalho, entre outras.¹³

Nessa perspectiva, sublinha-se a necessidade de que a intersetorialidade guie o processo de formulação, planejamento e deliberação no que diz respeito às ações e programas voltados para a resolução das iniquidades em saúde e rumo em direção a equidade.

Assim, a partir da transformação dos modelos de concepção e assistência em saúde e nessa configuração ampliada e intersetorial pela qual o campo da saúde vem sendo pensado, assim como, para compor frentes de trabalho intersetorial há a necessidade de um profissional que seja formado dentro de um campo de conhecimento interdisciplinar, que perceba a importância de atuar em múltiplas frentes e campos do saber levando em conta que as questões de saúde são produzidas a partir da forma como a sociedade se organiza, das suas orientações econômicas, do acesso político às instâncias deliberativas da vida coletiva, em prol da equidade e justiça social. Este é o desafio colocado.

A formação de profissionais da saúde: novas demandas, novos cenários

Todas as discussões que se seguiram à Alma Ata e às demais conferências, e suas declarações, le-

varam à mudanças na concepção da formação do profissional médico, e dos profissionais da saúde, em geral, em todo o mundo.

As Conferências de Edimburgo (1988, 1993) constituem-se marcos para a intensificação do debate e das iniciativas para as mudanças da educação médica em nível internacional. A Declaração de Edimburgo enfatiza princípios gerais para a formação médica que foram muito importantes para a transformação dos cursos de Medicina em todo o mundo no período subsequente¹⁴:

- ampliar os ambientes em que os programas educacionais são realizados, para incluir todos os recursos de assistência à saúde da comunidade e não apenas os hospitais;
- garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do País;
- estabelecer vínculos mais estreitos entre as escolas médicas e outras profissões da saúde;
- oferecer maiores oportunidades de aprendizagem em ambulatorios não hospitalares e na comunidade;
- aproximar o ensino dos serviços de saúde existentes no contexto de cada escola;
- criar currículos e sistemas de avaliação dos estudantes voltados para atingir tanto a competência profissional como valores sociais.

A ampliação dos cenários de ensino para além daqueles tradicionalmente utilizados (hospitais, ambulatorios clínicos) considerando os recursos de saúde existentes na comunidade foi fortemente recomendada a partir das Conferências de Edimburgo. Outro destaque é a necessidade de considerar o compromisso da “medicina como serviço”, levando em conta as necessidades das populações. Ressalta-se o vínculo indissociável entre a formação do médico e a realidade social concreta.¹⁴

Nessa mesma direção a Conferência Mundial de Educação (UNESCO- Paris 1998) definiu em sua Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI que as Instituições de Ensino Superior-IES devem trabalhar para que seus estudantes se convertam em cidadãos bem informados, providos de sentido crítico e capazes de analisar os problemas da sociedade, em busca de soluções, assumindo responsabilidade social.¹⁵

A AMEE (Association for Medical Education in Europe - atualmente englobando, também, o ensino de diversas Profissões da Saúde), desde o final do século XX tem se preocupado em estimular a utiliza-

ção de cenários e práticas de atenção primária para o desenvolvimento do Ensino Médico. Este estímulo têm se concretizado de diversas formas, entre as quais a inclusão do tema na série de artigos “Twelve tips...” (Twelve tips for community-based medical education).¹⁶

O ensino na comunidade admite diversidade de modelos, permitindo aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e atitudes, se a escolha desse modelo for adequada. Para isso, existem alguns pontos básicos a serem considerados, como preparação dos alunos para a primeira experiência na comunidade; adequação da etapa do currículo ao tipo de atividade; infraestrutura, recursos materiais e humanos (lembrando que membros da equipe de saúde também devem ser treinados e que podem ser escolhidos como “modelos”); necessidade de supervisão; necessidade de avaliação adequada e importância da multi e da interdisciplinaridade. Além disso, o tutor deve ter em mente o senso de responsabilidade social; a necessidade de minimizar o sentimento de que as atividades comunitárias são pouco valorizadas, assim como a melhor forma de transmitir os valores que o levaram a se envolver no ensino na comunidade.¹⁶

As consequências dessa nova perspectiva na formação de profissionais médicos se refletiram na formação dos demais profissionais da saúde, demarcando a necessidade de ampliar a atuação multi e interprofissional, bem como o reconhecimento de novos cenários, o que trouxe novos setores envolvidos nas práticas de saúde.

Mudanças na concepção do perfil profissional adequado para o sistema de saúde brasileiro

Discussões sobre a organização do sistema de saúde e a formação de recursos humanos se intensificaram a partir de 1990 com a Constituição Federal Brasileira - CFB (1988)¹⁷ que em seu artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja garantia depende de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e ao acesso “*universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸ com a publicação da Lei 8080/90, no mesmo período, continuou apontando para mudanças nas práticas de saúde, que implicaram no reconhecimento de

necessárias alterações no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais desse campo. A CFB afirma que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

Nesse sentido, a legislação define que os serviços públicos que integram o SUS devem ser o campo de prática para o ensino e a pesquisa num processo que integre as IES e o SUS, visando aumentar a qualidade do atendimento prestado à população. A definição de políticas de formação de recursos humanos para atuar no sistema de saúde passou a implicar na realização de ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. A partir de 2002 é possível identificar uma série de ações que levaram a criação de programas voltados para materializar as novas diretrizes da formação de profissionais da saúde para o SUS.

Destaca-se o AprenderSUS, quem em 2004 define parte da política de compromisso do SUS com o ensino de graduação, reforçando a integração entre os Ministérios da Saúde e Educação, estabelecendo cooperação entre o SUS e as IES. O AprenderSUS salienta que o sistema de saúde brasileiro baseia-se num conceito ampliado de saúde, na ação intersetorial e na integralidade da atenção. Essa perspectiva cria demandas para que sejam formados profissionais com “*perfil e capacidades distintas das produzidas pelo modelo médico-hegemônico de formação*” (página 17).¹⁹ Além disso, o Aprender SUS propõe a implementação de processos de mudança na graduação visando uma formação profissional que contemple o sistema de saúde vigente, a atenção integral num sistema hierarquizado e regionalizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

Entre as estratégias para essa nova política de formação e desenvolvimento profissional para o SUS, destacam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e o Programa de Orientação pelo Trabalho para a Saúde – Pet-Saúde que incorporaram os cursos de graduação de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, as 15 profissões da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como recurso humano da saúde com formação universitária. Tais estratégias passaram a incentivar transformações nos processos

de formação, com base na reorientação teórica, nos cenários de prática (integração docente-assistencial, diversificação dos cenários e articulação dos serviços assistenciais com o SUS) e na reorientação pedagógica (Brasil, 2005).^{20,21,22}

As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs para cursos superiores de formação de profissionais da saúde, de forma geral definem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação, a exemplo do recente documento publicado sobre a formação em Medicina, e reafirmam o compromisso com a formação de um profissional²³:

- generalista, humanista, crítico e reflexivo;
- com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo;
- com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, a determinação social do processo de saúde e doença;
- comprometido com o acesso universal e equidade como direito à cidadania;
- voltado para a integralidade e humanização;
- comprometido com a construção de projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades;
- com habilidades e competências para desenvolver ações na atenção, gestão e educação em saúde;
- com habilidades e competências para tomar decisões, comunicar-se adequadamente, administrar e gerenciar, liderar e aprender continuamente.

Limites e perspectivas do processo de mudanças na formação de profissionais da saúde e na adoção de cenários na comunidade

As mudanças importantes sofridas na saúde nas décadas de 1980 e 1990, e a consequente reordenação na formação de profissionais ainda enfrenta desafios e obstáculos para se consolidar. Seus princípios democráticos envolvem diretrizes, práticas e conceitos contra-hegemônicos, uma vez que historicamente prevaleceu uma atenção à saúde curativa, hospitalar, superespecializada e voltada para interesses econômicos e corporativos. A desconstrução desse para-

digma e a construção real de um sistema universal, com modelos de atenção integralizada, humanizada e voltados para a promoção de saúde enfrenta desafios ligados tanto à formação profissional quanto ao cotidiano e às práticas dos profissionais que atuam no sistema de saúde.²⁴

Em relação à Universidade e a formação de profissionais para atuar nessa nova realidade, destacam-se:

- dificuldade em encontrar professores para este novo enfoque de ensino- aprendizagem;
- atenção básica ainda é considerada como cenário marginal;
- dificuldade de realizar práticas de ensino conjuntas, interdisciplinares, envolvendo as diferentes profissões;
- resistência dos estudantes;
- incipiente participação social da comunidade.²⁵

Em relação aos serviços de saúde, destacam-se:

- resistência dos profissionais em receber estudantes, como uma função a mais, não prevista no contrato de trabalho;
- estrutura física das unidades de saúde, que não são preparadas para receber estudantes e professores;
- resistência da população à presença do estudante no serviço;
- temor pela identificação das fragilidades do serviço com a presença de docentes e estudantes²⁵;

O ensino na comunidade propicia mais uma oportunidade de desenvolvimento adequado das atividades de extensão universitária, que devem, idealmente, ocorrer de forma indissociável do ensino e da pesquisa. Além disso, constituem, para as Escolas de Profissões da Saúde, uma forma de exercício de sua responsabilidade social. Por isso e pelas queixas de que esta tarefa não é considerada adequadamente na progressão da carreira e na remuneração de quem a desenvolve^{16,25,26}, existe movimento, na Universidade de São Paulo e em outras Instituições, para a sua valorização. Em algumas Unidades de Ensino está valorização já está efetivada e os efeitos positivos começam a aparecer.

Avanços maiores ou menores podem ocorrer e dependem dos cenários e dos atores envolvidos, em cada local. Existem diferenças regionais que envolvem questões da história de cada comunidade, além da forma como a relação universidade-comunidade

e universidade-serviço estão sendo construídas. A superação dos obstáculos envolve disposição para o diálogo e ampliação de ações em diversas direções tanto por parte da Academia, quanto por parte dos serviços.

Algumas estratégias que tem se mostrado bem sucedidas envolvem a sensibilização do gestor; as parcerias formais entre academia e serviço; a manutenção de diálogo e negociações permanentes; a implantação de gratificação de ensino entre profissionais; a participação dos representantes da academia (docentes, estudantes, gestores) no controle social – Conselho Local de Saúde.²⁵

A consolidação de transformações tão profundas que envolvem tantos cenários e sujeitos, demanda tempo e investimento. Concretamente, é possível identificar avanço significativo na definição das diretrizes curriculares na graduação.

Referências Bibliográficas

1. Amoretti R. A educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2005; 29: 136-46.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Bus PM; Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saude coletiva.* 2007; 17:77-93.
4. World Health Organization. Social Determinants of Health. Report by the Secretariat. 132nd session. 23 November, 2012.
5. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
6. Starfield, B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity health.* 2011; 10: 1-3.
7. Ottersen OP; et al. The Lancet- Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde . As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. Trad. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Maio, 2014.
8. Warschauer M; Carvalho YM. O conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saúde Soc.* 2014; 23: 191-203.
9. Castells M. A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra. 6 ed. 2011.
10. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas públicas e o terceiro setor. In: *Saúde Soc.* 2004; 13: 25-36.
11. Sposati A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serv Soc. Soc.* 2006; 85: 133-41.
12. Góis JBH. A (difícil) produção da intersetorialidade: comentários a partir de ações públicas para a juventude. *Textos contextos (Porto Alegre).* 2013; 12: 128-41.
13. Magalhães R; Coelho AV; Nogueira MF; Bocca C. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do Programa Bolsa Família de Manguinhos- RJ. *Ciênc Saúde coletiva.* 2011; 16: 4443-53.
14. Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação médica: as Conferências de Edimburgo. *Cadernos ABEM, vol.2,* junho 2006.
15. USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educa%C3%A7%C3%A3o/declaracao-mundial-sobre-educacao-superior-no-seculo-xxi-visao-e-acao.html>. [acesso em 13/10/2014]
16. Howe A. Twelve tips for community-based medical education. *Med Teach.* 2002; 24: 9-12.
17. . Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988
18. . BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial da União.* Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.
19. BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2004 Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf [acesso em 13/10/2014].
20. .BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007
21. . BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
22. . BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União,* Brasília, 26 ago. 2008. Seção 1, p.27
23. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. *Diário Oficial da União,* Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Brasília, 2014. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991&Itemid=866 [Acesso em 13/10/2014].
24. Gonzalez AD; Almeida MJ. Integralidade da saúde- norteando mudanças na graduação de novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15: 757-62.
25. . Oliveira MS. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. *Revista Olho Mágico* 2003; 10:37-9.
26. Rodrigues MLV; Figueiredo JFC; Piccinato CE; Castro M; Passos ADC; Colares MFA; Peres CM; Troncon LEA. *Medical Education - a continuous challenge. AMEE Abstracts Book . Trondheim,* 2007.