

# A TEORIA E A PRÁTICA CAMINHANDO DE MÃOS DADAS: A EXPERIÊNCIA DOCENTE NO EIXO INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE

Rafael Rodrigues da Silva<sup>1</sup>

Raquel de Lima Santos<sup>1</sup>

Jamile Ferro de Amorim<sup>1</sup>

## RESUMO

Relato da experiência docente no eixo Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC) do curso de Medicina em Arapiraca/Alagoas (criado no segundo semestre de 2015), acerca da construção de passos fundamentais para a inserção dos alunos da segunda turma (cursando o 1º/2º período) na comunidade e para enfrentar o desafio de atividades sem motivação e com desvalorização do trabalho junto às unidades básicas de saúde. O primeiro momento dá-se nas atividades de conhecimento e construção da cartografia social do espaço de atuação e aprendizado. O segundo momento dá-se no diagnóstico da saúde, em conjunto com a população e os serviços locais, ao buscar caminhos de promoção da saúde e garantias de vida plena. E, no terceiro momento, como parte desse processo, está o reconhecimento dos saberes circulantes na comunidade, num caminho de educação, autonomia, identidade e transformação social. Outros momentos na formação, na inserção e no compromisso docente, discente e institucional são necessários e têm, nessa pequena experiência, os seus inícios e a sua continuidade.

**Palavras-chave:** Educação. Teoria e prática. Inserção social. Saúde. Docência.

Recebido em: 16/01/2018

Aprovado em: 20/04/2018

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Alagoas, *campus* Arapiraca, AL, Brasil.

# THEORY AND PRACTICE GO HAND IN HAND: TEACHING EXPERIENCE ACCORDING TO THE TEACHING, SERVICE AND COMMUNITY INTEGRATION AXIS

Rafael Rodrigues da Silva

Raquel de Lima Santos

Jamile Ferro de Amorim

## ABSTRACT

Teaching experience report on the Teaching, Service and Community integration axis of a Medicine Course in Arapiraca/Alagoas (created in the second half of 2015) about the construction of fundamental steps for the insertion of the students of the second class (attending the 1st / 2nd period) in the community and for them to face the challenge of activities without motivation and with devaluation of the work at Basic Health Units. The first moment occurs in the activities of knowledge and construction of social cartography of the action and learning space. The second moment is about the diagnosis of Health, with population and local services collaboration, to seek ways of promoting health and guarantees of full life. The third moment of this process is the recognition of the circulating knowledge in the community in a path of education, autonomy, identity and social transformation. Other moments in the formation, insertion and commitment of the teacher, student and institutional are necessary and have in this small experience its beginnings and its continuity.

**Keywords:** Education. Theory and practice. Social insertion. Health. Teaching.

Received on: 16/01/2018

Approved on: 20/04/2018

## INTRODUÇÃO

O curso de Medicina em Arapiraca tem dois marcos importantes em sua gênese, entre os anos de 2014 e 2015: de um lado, a construção de um curso de formação médica no semiárido alagoano voltado para as necessidades do povo e, ao mesmo tempo, que amplie a presença da universidade junto à realidade social a partir do campo da saúde, em projetos de promoção da saúde, no âmbito da pesquisa, da extensão e do ensino; e, de outro lado, o desafio de formar profissionais da saúde preocupados com a promoção da vida, e não com a perpetuação de propostas centradas na doença e, certamente, acompanhadas de forte apelo economicista, mercadológico e utilitarista. No tocante à estrutura do curso e da universidade para assumir tal projeto, os primeiros docentes e técnicos foram desafiados a ousar, pois, caso contrário, estariam dando passos para uma formação fracassada. Dar o pontapé inicial não foi nada fácil, pois, em uma dimensão interdisciplinar, carecíamos da presença de diferentes profissionais das áreas básicas e das áreas específicas da saúde (além dessa dificuldade, nós nos deparamos com problemas estruturais e externos, que afetaram a abertura do curso). Porém, o grupo de docentes, desde o início, experienciou que a ousadia residia justamente em abraçar propostas coletivas e pedagogicamente coproduzidas, as quais resultaram em caminhos de articulação, integração e diálogo. Nós, docentes do eixo Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC), aos poucos, acertamos os passos importantes para darmos conta de, fundamentalmente, inserir os discentes na realidade da Saúde de Arapiraca e formar médicos/as compromissados/as com a transformação da sociedade, com a defesa da vida, com o agir ético, transparente e humanizador.

A práxis que planejamos, exercitamos e construímos coletivamente, em quatro semestres do curso de Medicina, tem como ponto de partida e chegada, mesmo diante da provisoriade e da transitoriedade que as situações cotidianas nos impõem, a perspectiva da medicina centrada na pessoa com sua cultura, história, vivência, conjuntura, problemas, anseios, sonhos, buscas e males (físicos, sociais, psíquicos, dentre outros) a serem enfrentados. Abraçamos essa dimensão para fazer diferença na formação desses jovens profissionais da saúde e, para tal, demos três passos nesse caminho em construção e movência: a) aproximações ao território para a elaboração de uma cartografia social e inserção dos alunos na comunidade; b) do olhar à construção do diagnóstico da saúde para promover vida digna; e c) formar e educar em saúde com sabedoria e linguagem popular.

## APROXIMAÇÕES AO TERRITÓRIO: CARTOGRAFIA SOCIAL E OS PRIMEIROS PASSOS DE INSERÇÃO DOS ALUNOS NA COMUNIDADE

O conhecimento abarca as várias dimensões que envolvem o “local”<sup>2</sup> (lugar de cultura, espaços de convivência familiar, de relações comunitárias e sociais, de manifestações religiosas e de associações, dentre outras) como desenho de um território “inventado”/“criado”. A grande questão é que muitos territórios acabam sendo moldados pelos reveses sociais da história, tais como condições sociais periféricas, na margem e emergentes.

A ideia de território caminhará, então, do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas... Esta abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários (MONKEN *et al.*, 2008, p. 27).

Leva-se em conta a sugestão linguística de que o termo território tem origem no termo latino *territorium*<sup>3</sup> ou no termo *terreo-territor*<sup>4</sup>, que, em dimensão política, designa quem aterroriza para dominar ou quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Assim, o território é produto da apropriação de um determinado grupo e da cultura de um espaço vivido e fonte de recursos e de produção econômico-social, dentre outras dimensões. As contribuições de Milton Santos são valiosas para um embasamento teórico acerca do território para o campo da saúde<sup>5</sup>, e destacamos como imprescindível a leitura da conferência de Milton Santos: “Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento”<sup>6</sup>. Nessa direção, julgamos que, dentre os passos para uma aproximação aos territórios de atuação dos formandos em saúde, em Arapiraca, visando à inserção crítica e ao compromisso social deles, esteja a construção de uma cartografia

<sup>2</sup> “[...] o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política” (MONKEN *et al.*, 2008, p. 27).

<sup>3</sup> “terra pertencente a” = *terri* [terra] e *torium* [pertence a].

<sup>4</sup> Aterrorizar-se, aquele que aterroriza.

<sup>5</sup> FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA’EGA: O espaço geográfico em análise*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

<sup>6</sup> SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 309-314, jan. 2003.

social da saúde nas diferentes unidades básicas de saúde. Em linhas gerais, a cartografia social permite às populações e aos diferentes grupos sociais e culturais desenhar os mapas dos próprios territórios e espaços. No campo da saúde, ela está interligada ao mapeamento social do território, aos determinantes sociais, aos serviços e às instituições sociais e suas interações com a população. Nós, professores do eixo IESC, vindos da saúde pública e coletiva, das áreas humanas em diálogo com a saúde (psicologia, sociologia, filosofia, antropologia) e médicos da Saúde da Família e Comunidade, fomos aos poucos buscando ferramentas que proporcionassem metodologicamente (construção de um caminho) a elaboração pelos alunos desse mapeamento social.

Dessa forma, os alunos foram distribuídos em grupos de dez para cada Unidade Básica de Saúde (UBS), totalizando três unidades. O estudo inicial deu-se pela busca das informações possíveis junto à Secretaria de Saúde do município e aos agentes comunitários de saúde (ACS) para o conhecimento do campo de atuação de cada grupo. No entanto, o descortinar do conhecimento da área em que os alunos iriam atuar e construir o campo de formação se deu, primeiramente, ao percorrerem as ruas do bairro, entrarem nas casas e fazerem as entrevistas semiestruturadas acompanhados dos ACS de cada microárea. Vale salientar que, em sala de aula, os grupos puderam construir um questionário único como ferramenta para alcançarem o objetivo, que foi a descrição do território e o mapeamento da saúde. Depois de idas e vindas, do recolhimento de informações sobre a área, cada grupo apresentou para os outros grupos o território em que atuou e construiu o mapa social, cultural, religioso, econômico e político a partir da UBS e dos serviços que ela oferece, assim como a atuação que realizaram naquela área da cidade. Como proposta de um retorno à comunidade, o resultado do mapeamento social foi apresentado para os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, atendentes, dentre outros) de cada UBS.

Das visitas ao reconhecimento da área na qual estavam situados a Unidade de Saúde e os diferentes espaços (religiosos, culturais, comerciais, políticos, comunitários, lazer e diversão, encontros, etc.), foram reunidas importantes informações acerca da área e dos serviços existentes nela, por meio dos diálogos constantes com os ACS, que percorrem diariamente a comunidade e, conseqüentemente, conhecem na “palma das mãos” os problemas e necessidades do povo. A partir disso, o outro passo para a construção da cartografia da saúde consistiu na elaboração do diagnóstico da comunidade e da Unidade de Saúde.

O termo diagnóstico vem do grego *diagnostikós*, formado pela preposição “para”/“por” (*dia*) e pelo verbo “conhecer”/“saber” (*gnosis*), ou seja, implica em todo o processo de conhecimento de um dado lugar com as condições de vida e cultura que existem nele. Na elaboração desse diagnóstico da saúde e no enfrentamento das doenças e agravos na comunidade, foi necessária a utilização de ferramentas que proporcionassem conhecer as condições epidemiológicas do território. Para tal aprofundamento e para o discernimento que o diagnóstico exige, na condição de avaliação, foi fundamental o estudo dos determinantes sociais de saúde, ou seja, um olhar capaz de perceber as diferentes dimensões que envolvem o espaço, a saúde e a sociedade. Ter nas mãos as fichas cadastrais dos usuários de cada UBS foi mais que um exercício de recolhimento de informações, significou, para a construção da cartografia social, a descoberta da história, das famílias e suas relações comunitário-sociais e, fundamentalmente, no rastreamento epidemiológico, a percepção das condições sociais e humanas. Com isso, caminhamos para o segundo passo.

## O DIAGNÓSTICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nesse passo, é possível delinear o quadro da saúde e a busca de projetos políticos que promovam a saúde. A descrição da realidade da saúde numa determinada área vai além da coleta de dados e da análise estatística, e a ampliação do conhecimento da saúde em determinado território exige que se tenha presente o que é “narrado” pelo que se observa/vê; escuta/ouve; sente/experiencia. Assim, a construção do diagnóstico da saúde torna-se aberto e envolvente quando revela dados a partir dessa realidade “narrada”/“dita”.

E aqui é preciso retomar o significado de diagnóstico, ou melhor, o que compreende a *gnosis*. O saber na sociedade helênica acontece por meio de dois caminhos: pela *sofia* e pela *gnosis*. A *sofia* se traduz no saber que se adquire pela experiência e, portanto, é a virtude intelectual por excelência, juntamente da justiça, que é a virtude prática. Já a *gnosis* implica o conhecimento/saber que se dá na observação, na percepção, daí que *dia* e *gnosis* sejam o conjunto de elementos que auxiliam no conhecimento. Para perceber e conhecer, faz-se necessário ver, ouvir, sentir, tocar, cheirar, degustar. Traduzindo para o que propomos no diagnóstico: a inserção do aluno no território para apreender e construir uma aproximação diferenciada, pelo simples fato de se buscar a transformação/mudança do que se apresenta contrário ao processo de saúde. É nesse sentido que assinalamos como fundamental que o diagnóstico da saúde tem de apontar para os enfrentamentos aos impedimentos sociais,

políticos, físico-estruturais, humanos e psicológicos da saúde. Uma proposta no âmbito da promoção de saúde deve traçar caminhos na árdua tarefa de transformação da realidade e, portanto, deve ser construída em conjunto com a comunidade, sendo os membros desta os sujeitos protagonistas da mudança.

## **EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE**

O terceiro passo consiste na elaboração de propostas coletivas de formação e educação da população no enfrentamento dos problemas que afetam drasticamente a saúde e o bem-estar. A discussão teórica sobre educação e saúde necessariamente terá que ir nos encaixos da reflexão e da contribuição pedagógica de Paulo Freire (FREIRE, 2007) e de Eymard M. Vasconcelos (VASCONCELOS, 1997; 2001). Pensar a relação salutar entre a educação para a liberdade e a autonomia com a promoção da saúde é o que se impõe a uma academia que tenha uma formação séria e alunos sujeitos e agentes compromissados com o espaço do outro. No campo prático, há que se aproximar metodologicamente de estratégias e formas de comunicar, transmitir e ensinar da educação popular e/ou do ensino na perspectiva e a partir das camadas que são paulatinamente colocadas à margem da sociedade. A promoção da saúde se torna eficaz quando é assentada em formas claras de comunicação e quando é produtora de conscientização e compromisso transformador da realidade (INTERFACE, 2014; SOUZA, 2005). A produção de cartilhas de educação popular, jornais, panfletos e vídeos se traduzem em instrumentos para a formação do povo e na formação dos futuros médicos/as preocupados/as com a vida saudável, digna e humanizadora.

Os diversos sujeitos atuantes na saúde do povo a partir da educação popular acabam por estabelecer alguns passos importantes na construção de um novo paradigma do que podemos chamar de construção da sociedade do “bem-viver”, com as garantias de direitos sociais, humanos, relações éticas e vida plena. Um desses pilares é o convívio, pois a convivência é que irá permitir perceber cotidianamente o que aflige as pessoas e produz sofrimento e dor e, ao mesmo tempo, provocar que se repense o trabalho coletivo-comunitário na busca de melhorias e de concretude das políticas públicas. Da escuta e do exercício da palavra que provoca, convoca, questiona e respeita, passamos a construir o reconhecimento de que o outro é sujeito, tem história, trajetória, valores, cultura, opções e modo de enxergar o mundo. O trabalho de educação popular em saúde foi se tornando nos últimos anos um processo participativo e desencadeador de uma ampliação da compreensão de saúde, desfazendo a

noção errônea que faz da UBS ou do posto de saúde um mero estabelecimento distribuidor de remédios; bem como permitiu aos poucos desenvolver nas UBS uma prática da saúde que tenha como enfoque a escolha informada, na qual as ações de formação têm como princípio que os indivíduos possam ter claros os riscos à saúde e a responsabilidade por suas ações e escolhas. Por exemplo, para as pessoas idosas na comunidade, o enfoque recai sobre as formas de conhecer o próprio corpo e as potencialidades dele, o cumprimento das prescrições médicas e a integração social. A educação popular em saúde irá, em muitos espaços, adotar um enfoque crítico radical, que, a cada situação, ajuda a comunidade a compreender os problemas de saúde e suas causas.

Assim, a educação popular em saúde é um processo sistemático e contínuo a proporcionar momentos de reflexão e confronto com as ações e suas justificativas no meio social. Esse processo segue o princípio da horizontalidade para garantir a continuidade e a permanência de modelos que promovam a saúde.

## **UMA PALAVRA FINAL**

Consideramos fundamental caminhar na contramão de um modelo centrado na doença e na especialidade como caminho de solução. Justamente, estar na contramão é formar médicos com o objetivo de estar a serviço da vida, e não de uma lógica exploratória e lucrativa. Estar na contramão implica, aos poucos, mover-se para projetos/propostas construídas a partir das necessidades, das dores/angústias das camadas alijadas de sonhos sociais e de perspectiva do aumento de vida. Percebemos que, muitas vezes, estar na comunidade torna-se um fardo e grande peso para muitos estudantes ansiosos pela atuação que trará ganhos, e ser formado para a Atenção Básica não é projeto gestado quando esses alunos estão se preparando, se matriculando e tampouco cursando o curso de Medicina. Certa vez, um docente repetia numa reunião de curso de Medicina que era preciso reformular o perfil do egresso, pois muitos que estavam no curso não tinham a intenção de atuar na UBS ou ser médico da família. Certamente esse profissional retransmitiu uma fala constante de negação de uma proposta de formação centrada na vida do povo mais pobre e, conseqüentemente, na contramão da história, do curso e dos objetivos de uma sociedade desigual. Há que se considerar, para a motivação de se colocar na contramão, o processo de desconstrução de modelos utilitaristas e centrados no capital por meio da inserção do aluno na comunidade, na vida do povo, na educação e na

experiência transmitida pelos agentes comunitários de saúde e a dedicação e o testemunho desses em prol da vida e da saúde do povo.

Muito teríamos a escrever sobre esses primeiros anos do curso de Medicina de Arapiraca, destacando os problemas, a organização coletiva para construir e fazer o melhor para formar bem esses novos profissionais da saúde e, sobretudo, o testemunho apaixonado pelo trabalho em prol do povo e da vida e de suas condições. A experiência continua.

## REFERÊNCIAS

FARIA, Rivaldo; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA'EGA: O espaço geográfico em análise*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO. Botucatu/SP: UNESP, v. 18 Suplemento 2, 2014. ISSN 1807-5762. [Seção de artigos com o tema: Educação, Saúde e Educação Popular, p. 1.161-1.474].

MONKEN, Maurício *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. *Higeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 309-314, jan. 2003.

SOUZA, Aline Corrêa *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, p. 147-153, 2005.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. *A saúde nas palavras e nos gestos*. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

**Rafael Rodrigues da Silva**

*Graduado em Filosofia e Teologia; mestre em Ciências da Religião pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) e em Teologia pelo Instituto Teológico São Paulo (ITESP)/Atheneu Santo Alberto de Roma; doutor em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e livre-docente em Teologia pela PUC-SP. Professor do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.*  
*rafael.silva@arapiraca.ufal.br*

**Raquel de Lima Santos**

*Graduada em Psicologia e mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Docente do curso de Medicina da UFAL, campus Arapiraca.*  
*raqueldelima.psi@gmail.com*

**Jamile Ferro de Amorim**

*Graduada em Nutrição e mestra em Nutrição Humana pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutorado em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (FIOCRUZ/PE), em andamento, 2014/2018. Docente substituta do curso de Medicina da UFAL, campus Arapiraca.*  
*jamile.amorim@arapiraca.ufal.br*