



Faculdade de Medicina de Marília

CRISTINA TOSHIE DE MACEDO KUABARA

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O OLHAR DE PROFISSIONAIS
DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

MARÍLIA

2013

Cristina Toshie de Macedo Kuabara

Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Franco da Rocha Tonhom.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria José Sanches Marin.

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Kuabara, Cristina Toshie de Macedo

Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde / Cristina Toshie de Macedo Kuabara. - - Marília, 2013.

62 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina de Marília.

1. Serviços de integração docente-assistencial. 2. Atenção à saúde. 3. Avaliação.

Cristina Toshie de Macedo Kuabara

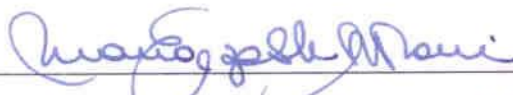
Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Comissão Examinadora:



Prof. Dra. Silvia Franco da Rocha Tonhom
Faculdade de Medicina de Marília



Prof. Dra. Maria Elizabeth Hernandez da Silva Corrêa
Faculdade de Medicina de Marília



Dr. Marcos Antonio Giroto
Secretaria Municipal da Saúde

Data da aprovação: 25/07/2013.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e pelo livre arbítrio para vivê-la!

A meus pais, **Izomário e Toshiko**, por desejarem minha existência e pelo amor incondicional que me dedicaram e pelo ensino dos verdadeiros valores da vida.

A meu esposo **Marcelo** pelo incentivo, apoio e paciência sem fim. Além do apoio tecnológico... E principalmente pelo grande companheirismo em todas as horas.

A nossa filha **Maria Clara**, por tolerar minha ausência, dividindo “nossas” horas e me fazer ser capaz de sorrir com as pequenas coisas da vida.

Aos avós, **Sueli e Izomário, Alice e Atushi**, pelo apoio necessário em todos os momentos programados e imprevistos de toda a trajetória.

A meus irmãos, **Maraiza e Eduardo**, que me trouxeram novos motivos para viver e buscar um futuro melhor também para os outros. Ao cunhado **Bruno** pela torcida e presença nos momentos especiais!

Às comadres **Eliane e Mayumi**, às afilhadas **Munique e Monalisa**, que representam aqui as minhas raízes. Estendo a toda família minhas conquistas.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde, em especial a **Edinalva, Marcos, Luciane e Valéria** pela amizade, disposição, solidariedade e cooperação.

Aos **profissionais** dos serviços da atenção básica da Secretaria Municipal da Saúde, por todos os momentos compartilhados e pela cooperação para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos **docentes** do Mestrado Profissional da Famema pela oportunidade rica de experiências e formulações. Aos **companheiros mestrandos** da primeira turma pelo entusiasmo e partilha de saberes ao longo desses anos de trabalho e de aprendizagem.

A minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Silvia Franco da Rocha Tonhom**, por me conduzir com sabedoria para reflexão e aprendizado e que entre risos e lágrimas, manteve o interesse, o carinho e o apoio para a produção deste trabalho, cujos ensinamentos levarei por toda a vida.

A minha coorientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria José Sanches Marin**, por suas valiosas intervenções para o desenvolvimento do estudo, com a mesma riqueza que conduziu meu primeiro estágio prático.

Aos membros da Comissão Examinadora, **Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Hernandez da Silva Corrêa**, **Dr. Marcos Antonio Giroto**, **Prof^a. Dr^a. Mara Quaglio Chirelli**, **Prof^a. Dr^a. Luzmarina Ap. D. Bracciali** e **Dr^a. Edinalva Neves Nascimento**, pelas provocações e pela construção de questões para concretizar o estudo. Ao **Prof. Dr. Carlos A. Lazarini**, pelo seu apoio para viabilizar a análise quantitativa do estudo.

A **todos os funcionários** da Unidade de Educação, **Heloísa e Alessandra** da Pós-graduação, **Cristielle**, da Genética e **Helena**, a Bibliotecária, pelo trabalho e valiosas orientações.

“Quem espera que a vida
Seja feita de ilusão
Pode até ficar maluco
Ou morrer na solidão
É preciso ter cuidado
Pra mais tarde não sofrer
É preciso saber viver

Toda pedra no caminho
Você deve retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver”
(Erasmus Carlos e Roberto Carlos)

RESUMO

Considerando a necessária interface entre ensino e serviço e a complexidade que envolve esse processo de inserção de estudantes nos serviços de saúde, o estudo propõe descrever as percepções de profissionais da saúde acerca da integração ensino-serviço no contexto da atenção básica. Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem quanti-qualitativa, na qual o estudo quantitativo e descritivo transversal inclui a avaliação de assertivas por meio da escala de Likert. E a abordagem qualitativa contou com entrevistas, promovendo uma escuta atenta, seguida de análise crítica e reflexiva das informações, utilizando a técnica da análise de conteúdo na modalidade temática. Inicialmente, realizou-se um mapeamento dos cenários e suas respectivas equipes e a amostra do estudo, por conveniência, selecionou 22 serviços que contemplavam a inserção de estudantes de, pelo menos, um curso das quatro instituições de ensino que possuem estudantes inseridos na rede básica de saúde e tinham representatividade nas quatro regiões do município. Essa mostra correspondeu a 49% dos serviços de responsabilidade municipal, abrangendo 50% da totalidade dos profissionais atuando em serviços em que há inserção de estudantes, com devolutiva de 64% dos sujeitos da pesquisa. Quanto às entrevistas foram selecionados 20 sujeitos inseridos nos cenários da atenção básica, considerando a diversidade de categoria profissional e contemplando as respostas do instrumento quantitativo, que traziam aspectos, tanto de positividade como de negatividade, referentes à integração ensino-serviço. A análise permitiu refletir sobre a inserção de estudantes no cenário possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos; distintas formas de inserção dos cursos nos cenários, além de interferências do e no serviço para efetivação da integração. Concluímos que a realização deste estudo poderá contribuir para a reorganização dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, assim como para a reflexão da prática de profissionais envolvidos nos cenários da rede de atenção básica. Há necessidade de investir em pactuações institucionais que contemplem as necessidades dos serviços e da formação, buscando alcançar os objetivos de ambos. Frente à complexidade dos desafios, necessita-se de maior aproximação dos atores dos diferentes cenários de prática e de ensino, com efetivo diálogo e espaços formais de reflexão conjunta, como propõe a Política Nacional de Educação Permanente, buscando evidenciar a riqueza de compartilhar diferentes saberes na busca de resolução dos problemas de saúde.

Palavras-chave: Serviços de integração docente-assistencial. Atenção à saúde. Avaliação.

ABSTRACT

Considering the essential interface between education and service and the complexity involved over this insertion process of students on health services, the study aims to describe the perceptions of health professionals regarding the service-education integration on the basic attention context. It is a quantitative and qualitative field research in which the quantitative and descriptive cross-sectional study includes the assertive evaluation using the Likert scale. The qualitative research was supported by interviews, fomenting an attentive listening followed by a critic and reflexive information analysis using the technique of content analysis in thematic. Initially, it was concluded a scenarios mapping and its respective teams and the sample of the study, for convenience, selected 22 services which contemplated the insertion of students from, at least, one course of the four institutions that have students inserted in the basic health network and represented the four regions of the city. This sample corresponded of 49% of the municipal's responsibility services, reaching 50% of the total of professionals working on services in which there is students' insertion, with a feedback of 64% from the interviewed. Regarding the interviews, it had been selected 20 persons introduced on the basic attention scenarios, considering the diversity of the professional category and the quantitative answers, which brought positive as well as negative aspects over the education and service integration. The analysis allowed the reflection about the students' insertion on the scenery enabling the knowledge exchange and highlighting weaknesses/conflicts; different forms of courses insertion in the scenarios, besides the interferences from and on the service for effective integration. We concluded that this study may contribute for the reorganization of the pedagogical projects from the health courses, as well as the reflection over professional practices involved on the basic attention scenarios. It is necessary to invest on institutional pacts that contemplate the services and education needs, seeking to achieve both objectives. Facing the complexity of challenges, it is necessary to approach even more the characters from different practice and education scenarios, with an effective dialog and formal spaces for joint reflection, as proposed by the National Politics of Permanent Education, aiming to emphasize the importance of sharing different knowledge for the solution of health problems.

Key-Words: Teaching care integration services. Health care (public health). Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEREST	Centro de Referência Saúde do Trabalhador
COMAP	Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
NOB-RH	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
UPP	Unidade de Prática Profissional
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Atenção básica.....	13
1.2 Formação profissional em saúde.....	15
1.3 A construção da integração ensino-serviço.....	18
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 MÉTODO.....	22
3.1 Tipo de pesquisa.....	22
3.2 Local e população do estudo.....	22
3.3 Procedimentos de coleta de dados.....	27
3.4 Procedimentos para análise dos dados.....	28
3.5 Aspectos éticos.....	29
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
4.1 Descrição dos dados quantitativos.....	29
4.2 Apresentação dos dados qualitativos.....	34
4.2.1 Inserção de estudantes no cenário possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos.....	34
4.2.2 Distintas formas de inserção dos cursos nos cenários.....	38
4.2.3 Interferências do serviço para efetivação da integração.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	
Apêndice I – Instrumento de Coleta de Dados.....	56
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58
Apêndice III – Roteiro de Entrevista.....	59
ANEXOS	
Anexo A - Mapeamento da Distribuição da Academia nos Serviços de Saúde da Rede Básica de Marília.....	60
Anexo B – Carta de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa.....	62

APRESENTAÇÃO

O interesse na presente pesquisa encontra-se entrelaçado à minha trajetória profissional desde a formação, uma vez que, ao atuar nos serviços da Atenção Básica à Saúde, como gerente de unidade e, na sequência, como gestora da saúde da criança e adolescente do município, tenho mantido franca aproximação com o ensino. Essa vivência me permitiu, ao ser implantado, na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), o Projeto UNI – Marília (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), iniciativa subsidiada pela fundação Kellogg, envolver-se me, em intercâmbio, com a Universidade de Rio Negro – Colômbia. Na sequência, pude participar efetivamente do processo de Territorialização, Estimativa Rápida, implantação de Conselhos Locais de Saúde, gerência e municipalização do Centro de Saúde Escola. Além de professora colaboradora do Estágio Supervisionado do Curso de Enfermagem da FAMEMA e atuando na Gestão Municipal, fiz parte do corpo docente do CEFOR – Assis (Ministério da Saúde), no Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, sendo também, preceptora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde 2010-2011.

Essa experiência me permitiu, ao longo dos anos, refletir sobre a necessária interface entre ensino e serviço, bem como sobre a complexidade que envolve esse processo, considerando as distintas formas de inserção dos atores nos serviços de saúde, seus fins e seus interesses. Destaca-se, nesta dinâmica, o papel do profissional de saúde, a quem cabe o atendimento à demanda e o cumprimento de metas assistenciais, com pouca possibilidade de avançar frente às propostas mais amplas de atuação. Neste cenário, tem-se observado que são muitas as dificuldades para que tal integração ocorra de forma a se conseguir a necessária transformação das práticas em saúde, definida pela atual Política Nacional. Desta forma, julga-se relevante analisar, de forma sistematizada, como os atores envolvidos no processo o percebem.

Reconhecendo a relevância do tema, destaca-se a necessidade de aproximação e reflexão sobre ele, num processo contínuo, entendendo que, da mesma forma que as mudanças curriculares acontecem, os serviços e as políticas públicas de saúde também sofrem mudanças e essa dinâmica terá impacto na formação dos futuros profissionais.

Portanto, conhecer a integração ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica no município de Marília poderá contribuir para subsidiar a reformulação das propostas de formação de profissionais capazes de desenvolver novas concepções do processo saúde-doença para intervir em situações cada vez mais

complexas e com impacto social.

Busca-se, assim, conhecer a realidade dessa integração a partir do olhar dos profissionais de saúde envolvidos no processo, considerando que o contexto da rede básica é um espaço de formação acadêmica, de aprimoramento profissional e de exercício da corresponsabilidade.

Com a oportunidade do ingresso no mestrado profissional e a trajetória das disciplinas, desencadeou-se um interessante processo de desconstrução do projeto de pesquisa, com definição do novo objeto. Desta vez, porém, envolvido com uma nova motivação pessoal, com subsídios metodológicos, substituição das informações desconexas pelas fundamentadas, construindo um caminho didático mais seguro e reflexivo. A metodologia ativa da Famema propõe um caminho árduo e muitas vezes até exaustivo, mas que contribui para o melhor gerenciamento do aprendizado com ampliação do conhecimento.

O tema definido “Integração Ensino-Serviço: O Olhar de Profissionais da Atenção Básica de Saúde” direcionou o levantamento do referencial bibliográfico, possibilitando conhecer os estudos existentes e construir uma revisão integrativa.

Assim, o trabalho está organizado em alguns capítulos. Na introdução definiu-se o cenário da Atenção Básica de Saúde, com regulamentação e competências definidas pela Política Nacional de Saúde, a constituição da porta de entrada do SUS e a sua organização enquanto sistema municipal local. Após, traz-se uma reflexão sobre a formação de profissionais da área da saúde e o papel dos profissionais, dos docentes e dos gestores. Consideram-se as mudanças das Diretrizes Curriculares, o mercado de trabalho e as instituições educacionais neste processo de formação, bem como a aprendizagem nos diversos cenários de prática e, ainda, a Educação permanente (EP) como um espaço potente para o fortalecimento dessa parceria. E, por fim, são definidas as características da integração ensino-serviço para a academia, para os serviços de saúde e para a comunidade, a partir de uma revisão integrativa da literatura nacional. No segundo capítulo, focaliza a metodologia definida para compreender o processo de integração ensino-serviço. No terceiro, são apresentados os resultados e discussões sobre os achados encontrados com uma descrição quantitativa e uma análise qualitativa por meio das seguintes temáticas: Inserção de estudantes no cenário, possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos; Distintas formas de inserção dos cursos nos cenários e Interferências do serviço para efetivação da integração.

Por fim, traçam-se as considerações e as recomendações para que ocorra a integração ensino-serviço de forma mais efetiva.

1 INTRODUÇÃO

A operacionalização dos princípios do SUS requer novos perfis profissionais, o que deve se concretizar por meio de novos currículos pautados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde ^(1,2).

A Constituição de 1988 formulou o SUS que ao longo de duas décadas vem sendo implantado, buscando valorizar o enfoque na Vigilância à Saúde, voltado para observação do modo de vida e as condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais e suas repercussões no processo saúde-doença. Trabalhar na lógica do SUS propõe considerar os princípios de integralidade, de equidade e de universalidade, a fim de superar o modelo centrado no biológico e clínico hegemônico para a valorização do social e da subjetividade.

Com a publicação da lei 8080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas, uma vez que, desde que foi criado, o SUS demanda profundas mudanças nas práticas de saúde, impondo alterações significativas no processo de formação e de desenvolvimento dos profissionais da área.

Os espaços de diálogo entre o ensino e o serviço passam a ser fundamentais e privilegiados, na medida em que o estudante presta cuidados, identifica os papéis sociais e o contexto em que estão presentes necessidades, conflitos, fortalezas e fragilidades de cada equipe inserida em distintos cenários.

1.1 Atenção Básica

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos e pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que essas vivem.³

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, realizada na cidade russa de Alma Ata, em 1978, a necessidade de valorização da atenção básica à saúde

das populações é destacada, uma vez que 80 a 85% das necessidades de saúde deveriam ser resolvidas nesse nível de atenção.⁴

A rede básica deve responsabilizar-se por realizar ações preventivas e de promoção à saúde em todo o território, o que difere da clínica realizada em hospitais e ambulatórios. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado para o cumprimento das funções da Atenção Básica. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas, potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos.⁵

Para a operacionalização da atenção básica, o sistema conta atualmente com duas modalidades de atenção, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF). Outras unidades denominadas “serviços de apoio” também compõem a rede de atenção básica.

A UBS realiza atendimentos básicos com ações predominantemente assistenciais, disponibilizando procedimentos conforme a necessidade do indivíduo ou comunidade. Os encaminhamentos são realizados de acordo com os problemas apresentados, funcionando como porta inicial da inclusão na rede de saúde.³

A ESF visa priorizar ações em território definido, trabalhar com grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, devendo funcionar como um mecanismo de fortalecimento da atenção básica. Nela, o indivíduo é entendido como singular e integrante de um contexto amplo, que é a família e a comunidade em que está inserido.³

Os serviços de apoio da atenção básica são aqueles de responsabilidade da gestão municipal e têm a missão de dar continuidade aos cuidados com acesso a planos terapêuticos específicos. Trata-se de cuidados mais complexos com pactuação de indicadores municipais e estabelecimento de sistema de referência e contrarreferência.⁶

O SUS define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Regulamenta que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Em vista disso, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS. É base para a descentralização do cuidado, sendo resolutive na identificação de risco

individual e coletivo. Cabe a ela ampliar os graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, coordenar o cuidado com gestão compartilhada da atenção integral e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.³

As UBS e USF constituem para sua área de abrangência, porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. Cada unidade deve ser responsável pelos riscos e agravos à saúde mais relevantes, deve definir quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento, considerando, desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Isso exige uma lógica cooperativa, solidária e integrada aos pontos sistêmicos de atendimento, ou seja, a conformação de uma Rede de Atenção à Saúde no município.⁶

Como se pode perceber, a Atenção Básica está em constante transformação. Trata-se, de um processo em construção em que os protagonistas também são os sujeitos da integração ensino-serviço.

1.2 Formação Profissional em Saúde

No Brasil, as novas diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação desencadearam um movimento de mudanças nos processos das instituições de ensino superior. A organização curricular em saúde apresentou, por longos anos, uma orientação por disciplinas e áreas de conhecimentos que pouco relacionava teoria e prática. Além disso, a formação reproduzir uma visão centrada nas técnicas e procedimentos, sendo que o grande desafio atual passa a ser formar profissionais mais humanizados e capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, fundamental para trabalhar no SUS.⁷

O Conselho Nacional de Educação recomenda aos Cursos de Graduação em Saúde que sejam contemplados elementos em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Essa competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.⁸

A orientação por competência aproxima o mundo do trabalho, que dialoga com o ensino e articula conhecimentos e habilidades de forma interdisciplinar. Para tanto, é necessário quebrar paradigmas, como mudanças nas metodologias de ensino-aprendizagem,

considerar as necessidades reais da população, o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades, contribuindo para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Sendo assim, a construção do conhecimento por meio de metodologias ativas, buscando o aporte teórico a partir da vivência da prática, traz potência para o aprendizado de forma significativa.

Durante o processo de formação, num currículo integrado e com metodologia ativa de ensino, o docente e o estudante, enquanto realizam as atividades, podem ter consciência de todo o processo, articulando o pensar e o fazer desde o planejamento até o resultado obtido. Assim, há possibilidades de superação de uma determinada situação e um movimento de transformação dos sujeitos. Na articulação ensino-serviço-comunidade, vários conflitos são gerados nos cenários de ensino-aprendizagem, mas também se adquirem visão e ação críticas e reflexivas da realidade.⁹

A proposta de formação de natureza crítico-reflexiva é sustentada pela construção do conhecimento com base na problematização da realidade, ou seja, na articulação da teoria com a prática e na participação ativa do futuro profissional. A proposta contribui para desenvolver processos de autoavaliação e de autoconhecimento do formando, por meio da conscientização dos seus pontos fortes e as suas fragilidades.¹⁰

É preciso criar nos futuros profissionais uma cultura de cidadania, tornando-os cada vez mais responsáveis, participativos e ativos na transformação dos contextos de trabalho e de vida, como conclui Jatene¹¹, em entrevista de outubro de 2012.

Como o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde, as questões da educação na saúde passam a fazer parte das atribuições do sistema. Assim, o Ministério da Saúde tem criado várias estratégias e desenvolvido políticas voltadas para a adequação da formação e da qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população para desenvolvimento do SUS.²⁻¹²

Cabe ao SUS e às instituições formadoras, frente à realidade de saúde, problematizar o trabalho e construir significados e práticas com orientação social. Neste processo, o componente serviço deve conduzir as políticas e gestão do setor, a comunidade responsável pela relevância social do ensino e o componente ensino pelo protagonismo dos estudantes na construção do conhecimento e de sentidos aos serviços. Tal perspectiva concretiza o conceito de *quadrilátero da formação*: ensino - gestão - atenção - controle social.¹³

Problematizar o trabalho requer um processo que propõe diálogo e interação entre os diversos atores, escuta e partilha dos diferentes olhares, em busca da qualidade da resposta assistencial, da formação e da gestão, o que requer Educação Permanente.

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolveu-se de forma gradual nos países da América Latina. Difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em meados da década de 80, destacava que, ao ser proposta de educação permanente dos profissionais de saúde reconhecia-se que somente a aprendizagem significativa seria capaz de conseguir a adesão dessas pessoas aos processos de mudança no local de trabalho.¹⁴

Assim, a educação permanente deve partir do pressuposto da aprendizagem significativa por meio da problematização do processo de trabalho, buscando a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, partindo das necessidades de saúde da população, abrangendo os processos de gestão e do controle social.¹⁵

No Brasil, cria-se, em 2003, a política nacional para gestão da educação no trabalho em saúde, sendo instituída, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada na portaria nº 198 GM/MS/13 de Fevereiro de 2004.¹⁶

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) explicita a Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, articulando serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas.¹²

É exatamente no cotidiano que o processo de Educação Permanente deve acontecer, com os profissionais e as instituições organizadas das mais diversas formas. O desafio é conhecer de que forma cada um dos atores do cuidado em saúde contribui com o desejo de olhar para este processo, considerando o cenário real e, enquanto gestão local, propor intervenção, utilizando essa ferramenta para construir a democratização dos espaços onde ocorre o processo de trabalho.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, visto que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Está pautada no problematizar do próprio fazer, as pessoas são os atores que refletem sobre a prática e constroem o conhecimento e a nova ação, com valorização do processo de trabalho e o contexto. Assim, a EP torna-se um “dispositivo” capaz de articular os diversos segmentos/atores e instituições de saúde, possibilitando concretizar o SUS na reorientação e na reorganização da assistência, estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho.¹²⁻¹⁷

Assim, entendemos que esse é um espaço privilegiado para reflexão sobre a prática, o modelo assistencial, as fragilidades e fortalezas, as decepções, mas também sobre as conquistas, possibilitando troca de experiências, reflexões importantes que contribuem para a

prática profissional e docente e sobre o papel de ambos na formação dos futuros profissionais. De que forma crítica e reflexiva, esses atores desenvolvem o aprender com a realidade em que estão inseridos.¹⁸

A Educação Permanente busca substituir abordagens isoladas pela articulação com projetos de Humanização, que resgatem a autonomia do usuário e o comprometimento do profissional da saúde que se dão nas relações do cotidiano. O desafio está no processo de desconstrução e construção, frente ao cenário de precariedade de recursos e de condições de trabalho. Assim, acredita-se que a integração ensino-serviço, potencializada pelo processo de Educação Permanente, venha propor alternativas contra-hegemônicas que valorizem o trabalho vivo em saúde.

1.3 A Construção da Integração Ensino-Serviço

A construção da integração ensino-serviço é um processo complexo, dinâmico e com a necessidade de permanentes reflexões, pois envolve muitas questões como o processo da formação acadêmica, a política de saúde vigente e o mundo da prática profissional. Esse processo, mesmo tendo como foco a formação profissional, também visa transformar o modelo de atenção à saúde, estabelecendo uma rede de cuidados que integre os diferentes níveis de atenção pautados nos princípios e diretrizes do SUS.

Essa discussão vem se efetivando desde a década de 70, quando o Ministério do Trabalho e Previdência Social enfatizou sua importância para a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde, visando ao equilíbrio entre a qualidade e a quantidade dos profissionais. Para superação das limitações presentes, tanto no ensino como no sistema de saúde, foi proposta a Integração Docente- Assistencial (IDA), desencadeando iniciativas de reformulação do Sistema de Saúde e dos currículos universitários para a formação de profissionais.¹⁹⁻²⁰

Na implementação da IDA, embora se tenha estabelecido um cenário favorável ao processo de ensino e aprendizagem, revelaram-se dificuldades, principalmente a disputa de poder por posições supostamente mais privilegiadas, articulando-se uma relação de domínio e resistência entre os distintos atores envolvidos.²¹⁻²²

A integração ensino-serviço, tradicionalmente, tem-se caracterizado pela presença de estudantes em formação e docentes em cenários nos quais predomina um modelo centrado nas queixas do usuário e nos procedimentos, negando um movimento de desconstrução junto das

equipes e serviços. A realidade vivenciada pelos estudantes deve funcionar como elemento que mobilize uma prática problematizadora no sentido da aprendizagem e também da reflexão sobre a produção dos cuidados.²³

Na década de 90, destaca-se, nessa trajetória, a participação da Rede Unida, que contemplou a integração da rede IDA e do Projeto UNI, constituindo espaço de trocas e divulgação de experiências de articulação entre instituições de ensino e pesquisa, serviços e comunidade, contribuindo para o processo de definição das diretrizes curriculares, promovido pelo Ministério da Educação. Essas diretrizes colocam como eixo central, para avançar na construção de uma nova lógica de formação e de cuidado em saúde, a estreita articulação entre o ensino e serviços de saúde.²³⁻²⁴

Para a continuidade desse movimento, o Ministério da Saúde tem lançado propostas de incentivo às instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o Programa Pró-Saúde que inclui os cursos da área da saúde, bem como PET-Saúde, com vistas a intervir nos problemas prioritários de saúde, envolvendo academia, serviços e comunidade no desenvolvimento de ensino, pesquisa e assistência.

Tais propostas têm como premissa que o processo de formação deve acontecer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo, visando à transformação das práticas. Consideram que, para efetivar as diretrizes do SUS, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde.²³⁻²⁵

Dada a relevância da integração ensino e serviço para a formação dos profissionais da saúde e, sendo este o objeto do presente estudo, propõe-se analisar as características da integração ensino-serviço para academia, serviços de saúde e comunidade, a partir de uma revisão integrativa da literatura nacional. Essa necessidade, também compartilhada com outra colega que pretendia compreender como se dava a integração ensino e serviço no cenário hospitalar, levou à realização dessa revisão de forma conjunta.

Para identificação das publicações foi utilizado como base de dados o Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Realizou-se busca no período de 2002 a 2011, obtendo 243 publicações. Após leitura dos resumos, foram selecionadas aquelas que têm como foco central a temática em questão, resultando em um total de 54 publicações que permitiram conhecer a realidade nacional sobre ela.

Observa-se que a maioria das publicações trata de relato de experiência e reflexão teórica (53,7%), assim como estudos qualitativos (38,9%), sendo esses de campo, ou de análise documental. O cenário de maior enfoque foi a atenção básica à saúde (42,6%). Quanto

ao ano de publicação, 61,1% das publicações foram realizadas no período de 2007 a 2011. Os cursos mais envolvidos foram o de enfermagem (22,2%) e o de medicina (18,5%), sendo os sujeitos mais envolvidos nas pesquisas os estudantes (22,2%).

O fato de a atenção básica ser o cenário mais presente nos estudos analisados reflete a direcionalidade da Política Nacional de Saúde impressa na Constituição Federal, que define um conceito ampliado de saúde,²⁶ conferindo importância às mudanças curriculares e aos projetos de Cursos da Saúde pelas instituições formadoras, com ampliação do cenário de aprendizagem, antes focado no hospital.

Outro aspecto que se destaca na análise realizada é o fato de as experiências se referirem a cursos isolados, sendo que apenas 11(20,4%) fazem referência ao envolvimento de mais de um curso na integração ensino-serviço, o que parece indicar que as instituições de ensino, que, na maioria das vezes, contam com mais de um curso na área da saúde, não estão integrando as diferentes áreas de formação. O desenvolvimento de atividades conjuntas neste cenário poderia significar uma fortaleza na aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar.

Por outro lado, os estudos são unânimes ao evidenciarem que a integração ensino-serviço possibilita melhoria da qualidade do cuidado, uma vez que contribui para um olhar abrangente sobre o paciente e sobre o processo de adoecer, para a melhoria das condições de vida e para a satisfação do usuário.²⁷⁻²⁸⁻²⁹

Quanto às contribuições dessa integração para a academia, salientam-se avanços na compreensão da interdisciplinaridade, trabalho em equipe e funcionamento dos serviços de saúde em rede.²⁷ Segundo a literatura, a integração permite aos estudantes conhecer o perfil epidemiológico local, identificar problemas e direcionar intervenções.³⁰ Nesse contexto, vivencia-se o cuidado individual, coletivo e de gestão, o que desencadeia uma aprendizagem significativa e o desenvolvimento de pesquisas a partir da realidade, servindo para uma formação profissional mais humanizada e contextualizada com a prática profissional.²⁹⁻³¹

A presença do estudante no cenário de prática também tem sido considerada como fator favorável para o aprimoramento crítico e reflexivo dos profissionais do serviço.³²

Quanto às dificuldades da integração ensino-serviço, o que se evidencia são as relações assimétricas de poder a que estão submetidos os distintos atores institucionais, prevalecendo os interesses de grupos hegemônicos e contrariando o posicionamento dos atores que estão diretamente envolvidos no processo.³³

Constata-se também a desarticulação entre as estratégias de integração e o contexto dos serviços.³³ Sob a ótica dos profissionais de saúde, as ações desenvolvidas pelos docentes

limitam-se a distribuir e supervisionar as atividades predominantemente técnicas desenvolvidas pelos estudantes.³⁴ Reforça-se, assim, a dificuldade de articulação e compartilhamento dos processos de trabalho e de ensino, uma vez que apenas o espaço físico é comum. Frente a tal cenário, os docentes se distanciam das situações de prática e intensificam a teoria, enquanto os profissionais do serviço, pelo excesso de atividades práticas, deixam em segundo plano a atualização científica.³⁵

Os estudos analisados apontam para desafios a serem enfrentados, incluindo a necessidade de mudanças nas relações interinstitucionais,³³ de mudanças organizacionais e estruturais significativas.⁴⁰ Transformação nos processos de trabalho e coerência entre o projeto dos serviços e a proposta educativa, nas dimensões política, técnica e metodológica, com o envolvimento dos gestores dos diferentes cenários e da população são necessidades urgentes.³⁶

Frente aos achados da revisão integrativa da literatura, reforça-se a relevância da integração ensino e serviço para a formação profissional e a transformação das práticas em saúde. Os inúmeros desafios impostos à sua construção, as lacunas do conhecimento e a necessidade de constante verificação de como vem ocorrendo tal processo justifica novas pesquisas, como é o caso do presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o processo de integração ensino-serviço na perspectiva do profissional de saúde no contexto da Atenção Básica.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender se a formação dos profissionais da saúde contribui para a mudança da prática assistencial em saúde no cenário da Atenção Básica.

- Caracterizar as contribuições da integração ensino-serviço para a formação profissional.

- Identificar as dificuldades encontradas no processo de integração ensino-serviço.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de campo com abordagem quanti-qualitativa para analisar a integração ensino-serviço.

3.2 Local e população do estudo

O estudo realizou-se no município de Marília-SP, com 230.000 habitantes, que está localizado no centro oeste paulista, sendo considerado polo nacional na área alimentícia, participando em torno de 12% da produção do gênero. Conta com grande número de universitários e a rede básica é um importante cenário de formação técnica, acadêmica e de pesquisa em saúde.

A integração docente-assistencial se dá na inserção dos estudantes por meio de estágio curricular supervisionado e atividades de ensino prático na rede básica de saúde.

O município está organizado em 45 equipes de saúde na atenção básica, sendo 12 Unidades Básicas (UBS) e 33 (USF) Unidades Saúde da Família. Vem buscando mecanismos para consolidar as ações do SUS no município, aderindo ao Pacto pela Vida e de Gestão. Sob a responsabilidade da atenção básica, conta, também com os serviços de apoio e referência do município: Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CEREST), Unidade Municipal de Fonoaudiologia (UMF), Banco de Leite Humano (BLH), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (PA), Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Marília compõe o Departamento Regional de Saúde que abrange 62 municípios, agrupados em cinco microrregiões. Foi habilitado em junho de 1998 à forma de gestão plena do sistema de saúde, que na reestruturação da atenção básica assume demandas programadas e espontâneas, prestando atendimento às intercorrências clínicas. Os serviços de apoio proporcionam resolutividade intermediária entre a atenção primária e terciária.

A rede básica de saúde do município contava, portanto, no momento do estudo, com 53 serviços, entre UBS, USF e Serviços de Apoio, que são de responsabilidade de gestão da SMS. Considerando que a pesquisa deveria abranger os diferentes serviços que compõem a rede de atenção básica, nos quais há inserção de estudantes das áreas da saúde, ficamos, a

princípio, com 45 serviços, excluindo a unidade piloto e outros quatro em que não havia a já referida inserção.

Após o mapeamento dos cenários e suas respectivas equipes, foram selecionados 22 serviços que contemplavam a inserção de estudantes de, pelo menos, um curso das quatro instituições de ensino com representatividade nas quatro regiões do município. (Anexo A)

Selecionou-se a amostra do estudo por conveniência, considerando que, no momento de sua execução, em algumas unidades havia deficiência de recursos humanos e isso favorecia a duplicidade de profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que se encontravam em situação de cobertura nessas unidades excluídas.

Assim, ficamos com 49% dos serviços de responsabilidade da atenção básica do município, abrangendo 50% da totalidade dos profissionais atuando em serviços com a inserção de estudantes.

Em relação ao instrumento quantitativo, do total distribuído aos sujeitos da pesquisa (384 instrumentos), obteve-se uma devolutiva de 245 instrumentos, o que corresponde a 64% dos sujeitos.

Quanto à coleta dos dados para análise qualitativa, foram selecionados 20 sujeitos inseridos nos cenários da ESF, UBS e Serviços de Apoio, considerando a diversidade de categoria profissional e as respostas dadas ao instrumento quantitativo, que abordavam aspectos tanto de positividade como de negatividade referentes à integração ensino-serviço.

Desta forma, entrevistaram-se os profissionais aqui apresentados: 05 enfermeiros (25%), 03 dentistas (15%), 03 agentes comunitários de saúde (15%), 02 médicos (10%), 02 técnicos de enfermagem (10%), 01 assistente social (5%), 01 auxiliar de escrita (5%), 01 fonoaudiólogo (5%), 01 psicólogo (5%) e 01 terapeuta ocupacional (5%).

Visto que essa pesquisa abarca os cenários da atenção básica à saúde que recebem estudantes dos cursos na área da saúde das instituições de ensino superior de Marília, constatou-se a necessidade de aproximação com a proposta de ensino de cada uma dessas instituições, identificadas por A, B, C e D.

Na sequência será apresentada uma síntese a fim de caracterizar cada uma das instituições de ensino e os respectivos cursos que possuem estudantes inseridos na rede básica de saúde.

Instituição A - É um instituto de ensino, capacitação e pós-graduação em ciências da saúde e ciências humanas e sociais, de cunho privado, com sede em Marília desde 2005, com mais de vinte e cinco cursos de pós-graduação oferecidos e divididos em quatro áreas.

Na área da saúde, somente o Curso de Enfermagem do Trabalho contempla estágio na rede básica. Tem como objetivos, capacitar o profissional enfermeiro para desempenhar as funções específicas de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação com base nos conhecimentos sobre higiene e segurança no trabalho e desenvolver habilidades gerenciais na administração de recursos humanos, materiais, equipamentos, sistemas de informação e indicadores de qualidade específicos para a enfermagem do trabalho e saúde ocupacional.³⁷

Instituição B – Instituição pública que tem como finalidade incentivar o trabalho de pesquisa científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, criação e difusão da cultura, bem como formar profissionais nas diferentes áreas do conhecimento. Atualmente possui nove cursos de graduação: Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais, Filosofia, Fisioterapia, Pedagogia, Relações Internacionais, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Conta também com dez Programas de Pós-Graduação entre Mestrado e Doutorado, todos credenciados pela CAPES.³⁸

Curso de Fonoaudiologia - procura proporcionar ao seu aluno uma formação integrada das áreas de Saúde e Educação, resultando deste enfoque o oferecimento de disciplinas, estágios curriculares com conteúdos teóricos e práticos que enfatizam estas áreas de conhecimento. A preocupação central do curso é a formação do futuro profissional. Portanto, desenvolve sua competência para prevenção, diagnóstico, habilitação e reabilitação da elevada gama de dificuldades que abrangem os chamados distúrbios da comunicação oral e escrita. Arelada a tal perspectiva, há também a preocupação com a capacitação para atuar multiprofissionalmente junto a Equipes de Orientação e Planejamento Escolar, incluindo as Unidades Básicas de Saúde e as equipes médico/hospitalares, inserindo aspectos preventivos ligados às questões fonoaudiológicas.³⁸

Curso de Fisioterapia - estabelece competências e habilidades gerais e específicas necessárias para o exercício profissional. Reconhece a saúde e condições dignas de vida como direitos e prepara o aluno para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O profissional deve exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social.³⁸

Curso de Terapia Ocupacional - abrange ações nas esferas preventiva, curativa e reabilitadora, com ênfase no enfoque biopsicossocial, centrado nos aspectos ergonômicos e sociais da atividade humana. Tem como finalidade básica a promoção do desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pessoas de qualquer idade que tenham o seu desempenho e/ou

convivência comprometidos por acometimentos de natureza biológica que gerem disfunções motoras, cognitivas, emocionais e de inserção social. A ação do profissional é caracterizada pela prescrição e uso de atividades com a finalidade de desenvolver, restaurar ou ampliar a capacidade funcional do indivíduo com base em suas necessidades especiais e na demanda ambiental. Destaca-se também, nessa formação, uma atuação social mais ampla, não necessariamente relacionada a patologias funcionais, mas dirigida a condições específicas de exclusão social contempladas em programas de políticas públicas.

Quanto ao estágio supervisionado, a Terapia Ocupacional em Programas Sociais está inserida na rede básica de Marília, contemplando a atenção a idoso, adulto, adolescente e criança frente às necessidades por meio de parcerias com a Prefeitura Municipal e/ou órgãos estaduais da área da saúde.³⁸

Instituição C – Instituição privada que tem como missão formar o profissional ético e competente, inserido na comunidade nacional, capaz de constituir o conhecimento, promover a cultura e o intercâmbio, a fim de desenvolver a consciência coletiva na busca contínua da valorização e da solidariedade humana. Atualmente conta com diversos Cursos de Graduação nas Áreas Agrárias, Biológicas e Saúde, Exatas, Tecnologias, Humanas e Sociais.³⁹

Curso de Medicina – Desde 2007, apresenta um novo projeto político de curso (PPC), que traz como principais inovações, uma nova matriz curricular visando à integração horizontal e vertical dos conteúdos. Desta forma, o PPC, além da estratégia de organização modular das atividades educacionais, faz uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem e da inserção dos estudantes em cenários reais de prática desde o início do curso, prevendo melhor articulação entre teoria-prática.

Desde o primeiro termo, os estudantes são inseridos na rede de atenção primária - Estratégia de Saúde da Família - junto aos Módulos de Medicina Social e Pensamento Científico. Nesse cenário entrevistam as famílias e as acompanham durante todo o ano, levantando as necessidades de saúde, participando de ações de prevenção de doenças em conjunto com as equipes de saúde, sempre supervisionados por um professor da universidade. As situações disparadoras com que o Módulo de Medicina Social trabalha são oriundas do cenário real.³⁹

Curso de Enfermagem - O Curso tem por objetivo formar enfermeiros com competência técnica, científica, humanista, social, política e ética, capazes de desenvolver o raciocínio epidemiológico e clínico investigativo; agir de forma crítica e reflexiva; atuar na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de doenças do indivíduo, do grupo

familiar e da coletividade nos diferentes níveis de atenção, intervindo na realidade de forma a transformá-la.

O Curso realiza estágios curriculares supervisionados, programação de eventos acadêmicos, desenvolve projetos de pesquisa e extensão e atividades voltadas para a comunidade, ensejando o estreitamento da relação entre os alunos e a sociedade.³⁹

Curso de Nutrição - O currículo pleno do Curso de Nutrição corresponde ao desdobramento, em disciplinas, das matérias constantes na atual grade curricular, elaborada ao seu tempo, visando ao atendimento à legislação específica. Tem como objetivo formar o profissional nutricionista com visão crítica da realidade social, econômica e cultural, capacitado a desenvolver atividades de assistência no campo da nutrição e alimentação humana, individual e coletiva, visando à segurança alimentar e a atenção nutricional.

O estágio curricular do curso de Nutrição é dividido em três disciplinas específicas, Atividades Práticas em Nutrição e Estágio Supervisionado em Nutrição I e II, oferecidos a partir do 6º termo. Tais disciplinas devem ser realizadas com uma carga horária mínima de 600 horas distribuídas em três áreas obrigatórias: Nutrição em Unidades de Alimentação e Nutrição, Nutrição Clínica e Nutrição Social, havendo ainda uma quarta área que o aluno poderá escolher entre Alimentação Escolar, Ambulatório de Nutrição ou Nutrição no Banco de Leite Humano.³⁹

Instituição D – Instituição pública que compreende os cursos de graduação em medicina e enfermagem e pós-graduação *Stricto Sensu* e *Lato Sensu*, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Cuidado Materno Infantil, com disponibilidade para enfermeiros, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico e, ainda, Residência Multiprofissional em Urgência, para enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos.

Define, como parte de sua missão institucional, a formação permanente de recursos humanos voltados à indissociabilidade do ensino, pesquisa e cuidado das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade. Dessa forma, as ações institucionais vêm sendo reorientadas nos últimos anos, o que incluiu uma ampla revisão curricular dos cursos. O currículo está organizado de forma integrada por competência na vertente dialógica.⁴⁰

Curso de Enfermagem – O desenvolvimento das atividades da 1ª e 2ª séries ocorre nos cenários das Unidades Saúde da Família, conjuntamente com os estudantes de medicina, durante todo o ano letivo com o acompanhamento de famílias que pertencem à área adscrita e definidas em parceria com a equipe de saúde local. Na 4ª série, o estudante vivencia a prática do enfermeiro durante um semestre na rede básica.⁴⁰

Curso de Medicina - Inserção de estudantes da 1ª e 2ª séries na ESF, em unidades distintas, em conjunto com os estudantes de enfermagem no acompanhamento das famílias, buscando alcançar os desempenhos propostos para cada série. Na 4ª série, retornam para a atenção primária à saúde em unidades da ESF em um município próximo.⁴⁰

A gestão do trabalho é compartilhada entre academia e SMS, com incorporação de grande parte dos profissionais da rede básica como professores colaboradores por meio de celebração de aditivo ao convênio existente entre as instituições. Os processos de ensino/aprendizagem são realizados durante todo o curso a partir da prática profissional, com a utilização de metodologias ativas, propiciando aprendizagem significativa, em diferentes cenários e profissionais articulados com atividades de aprendizagem baseadas em problemas.⁴⁰

Como a SMS possui o arquivo dos convênios de todas as instituições formadoras dos cursos de nível técnico e superior da saúde, o acesso a esses convênios permitiu a análise dos objetivos dos estágios de prática nos cenários da atenção básica e especificidades de cada instituição de ensino.

É possível observar, nos convênios, a falta de clareza referente à definição dos cenários de prática, quais são os critérios utilizados para defini-los e o grau de autonomia do gestor do serviço frente às necessidades de cada território.

Quando há pactuação de capacitações com participação do professor colaborador do serviço, entende-se que a construção do calendário não é compartilhada, somente sua liberação.

Outra questão são os objetivos estabelecidos na parceria para gestão clínica, educação permanente, aprimoramento da rede básica. Não estão estabelecidos quais os mecanismos a serem usados para alcançá-los.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Foi realizado um levantamento junto à Equipe de Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde, com o objetivo de mapear a distribuição de docentes e estudantes dos cursos da saúde na atenção básica. Identificou-se uma divisão de negociação, dependendo do cenário de interesse das instituições de ensino, bem como dificuldades na consolidação desses cenários, devido ao processo institucional da parceria que exerce a gestão

dos recursos humanos do Programa Saúde da Família. Para localizar os cenários em que os estudantes dos diferentes cursos estão inseridos, foi necessária a construção junto com a gestão da atenção básica, de um quadro com tal delineamento, visto que só desta forma seria possível localizar os sujeitos da pesquisa.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo uma delas pautada em dados quantitativos e a outra em dados qualitativos.

Para a coleta dos dados quantitativos, foi construído um instrumento com 16 assertivas para serem avaliadas, por meio da escala de Likert, sobre a percepção dos sujeitos sobre a integração ensino-serviço (Apêndice I). Esse instrumento foi aplicado como piloto em uma Unidade Básica de Saúde e, após, foi adequado, conforme as sugestões para a sua aplicação com a população definida, que foi realizada entre 18/05/2012 a 14/08/2012.

A coleta de dados qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas compostas de duas partes (Apêndice III). A primeira, englobando dados de identificação e a segunda, questões norteadoras baseadas no objeto deste estudo.

Na sequência foi agendada uma entrevista, no horário oportuno, para cada participante e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as quais foram gravadas e transcritas para melhor explorá-las.

No momento da coleta de dados, realizada entre 05/09/2012 a 15/10/2012, os profissionais entrevistados foram acolhedores, sendo possível abordar as questões norteadoras do instrumento e refletir sobre o tema.

3.4 Procedimentos para análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se o software estatístico (IBM SPSS Statistics). Os dados foram digitados e armazenados para posterior análise e elaboração de tabelas.

A análise qualitativa dos dados foi realizada com a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. Operacionalmente, a análise de conteúdo apresenta três etapas: Pré-análise que consiste na leitura compreensiva do material selecionado buscando as particularidades; Exploração do material para reagrupar as partes do texto e elaboração de redação e orientação da análise e, por último; Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação com elaboração de síntese interpretativa em que possam dialogar temas, objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.⁴¹⁻⁴²

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura compreensiva, de forma repetida, foram identificados os núcleos de sentido e definidas as temáticas que contemplassem as idéias centrais, conforme os passos da análise de conteúdo. Esse processo possibilitou evidenciar três temáticas: Inserção de estudantes no cenário possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos; Distintas formas de inserção dos cursos nos cenários; Interferências do serviço para efetivação da integração, em torno das quais os dados foram discutidos.

Para garantir o anonimato, os depoimentos que apoiaram as análises realizadas foram identificados por letras, conforme a categoria profissional, seguidas de número arábico para quantificar a frequência. Por exemplo: E1 para enfermeiro; M1 para médico; F1 para fonoaudiólogo; D1 para dentista; AS1 para assistente social; TE1 para técnico de enfermagem; P1 para psicólogo; TO1 para terapeuta ocupacional; ACS1 para agente comunitário de saúde; AE1 para auxiliar de escrita.

3.5 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa foi aprovado o protocolo de estudo n°200/12, pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília e do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (Comap). Cada participante foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, convidado a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhe entregue uma cópia desse documento (Apêndice II).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Descrição dos dados quantitativos

As informações sobre a faixa etária dos profissionais que responderam ao instrumento mostram que 154 (62,9%) possuem entre 31 a 50 anos de idade. Quanto ao gênero, 223 (91%) correspondem ao sexo feminino.

A categoria profissional dos participantes está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da frequência por categorias profissionais da rede básica que responderam ao instrumento quantitativo. Marília, 2012.

Profissão	Frequência	Percentual	Acumulado
Vigia	01	0,4	6,1
Fisioterapeuta	01	0,4	18,8
Motorista	01	0,4	23,7
Legionário	01	0,4	27,8
Assistente Social	02	0,8	29,4
Terapeuta Ocupacional	02	0,8	30,2
Nutricionista	02	0,8	31,0
Técnico de Segurança do Trabalho	02	0,8	57,6
Agente de Endemias	03	1,2	82,4
Psicólogo	04	1,6	88,2
Auxiliar Saúde Bucal	06	2,4	93,1
Fonoaudiólogo	10	4,1	95,5
Dentista	12	4,9	96,7
Auxiliar de Escrita	12	4,9	97,6
Auxiliar de Serviços Gerais	14	5,7	98,4
Médico	15	6,1	98,8
Enfermeiro	31	12,7	99,2
Agente Comunitário	61	24,9	99,6
Auxiliar e Técnico Enfermagem	65	26,5	100,0
Total	245	100,0	

Fonte: Produção do próprio autor

Quanto à categoria profissional dos participantes, observa-se que a tabela 1 apresenta uma diversidade interessante, acreditando-se que todos os profissionais da saúde são protagonistas da integração ensino-serviço, o que possibilitou constatar a riqueza de opiniões, uma vez que a pesquisa contempla o olhar do profissional da saúde neste cenário.

Vale ressaltar que as categorias de médico, enfermeiro e dentista acumulam 23,7%, auxiliar de enfermagem 26,5% e o agente comunitário de saúde 24,9%, estando contemplados nos dois modelos de saúde vigentes no município.

Na tabela 2, apresentam-se os serviços nos quais se inserem os participantes.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos serviços de saúde da rede básica, aos quais pertencem os profissionais que responderam ao instrumento quantitativo. Marília, 2012.

Serviço Rede Básica	Frequência	Percentual	Acumulado
SAMU	05	2,0	38,4
Banco de Leite Humano	08	3,3	73,1
Pronto Atendimento	09	3,7	77,6
PROIID	10	4,1	82,4
Centro de Apoio Psicossocial	11	4,5	85,7
Unidade de Fonoaudiologia	11	4,5	89,8
CEREST	12	4,9	93,5
ESF	85	34,7	98,0
UBS	94	38,4	100,0
Total	245	100,0	

Fonte: Produção do próprio autor.

É possível observar que os participantes estão inseridos na rede básica de saúde e em serviços de apoio sendo essa considerada uma amostra representativa da sua diversidade de cenários da integração ensino-serviço. Como a porta de entrada do sistema de saúde são as UBS e ESF, nelas estão 73,1% do total dos participantes, mantendo o percentual equilibrado de participantes nos serviços de apoio.

Nas UBS e ESF se inicia a rede de atenção à saúde, dando oportunidade para a o estudante vivenciar as demandas reais neste nível de atenção, problematizar sobre a resolução dos problemas, fortalezas e fragilidades do sistema de saúde, propor cuidado de prevenção e promoção individual e coletiva, compreendendo sua importância e contribuindo para sua melhoria no âmbito do SUS.

Quanto à inserção dos Cursos da Saúde, houve predomínio da medicina e enfermagem com 26,9% dos serviços. A Residência Multiprofissional também teve destaque com 33,9%.

O quadro a seguir trata das assertivas sobre a integração ensino – serviço, em que é apresentado o percentual correspondente a cada item:

Quadro 1 - Distribuição das contribuições proporcionadas pela integração ensino-serviço de acordo com o percentual de respostas dos participantes no instrumento quantitativo. Marília, 2012.

QUESTÕES	1*	2*	3*	4*	5*
	%	%	%	%	%
1. Contribui para o desenvolvimento do trabalho em equipe.	1,2	8,2	13,1	60,8	16,7
2. O trabalho desenvolvido pelo serviço contribui para o estudante compreender a proposta do SUS.	0,4	4,1	5,3	66,1	24,1
3. Contribui para a transformação da prática profissional.	0,0	3,7	12,2	58,4	25,7
4. Possibilita contemplar a participação de todos os profissionais da equipe.	2,9	17,1	22,4	46,1	11,4
5. Capacita os profissionais para trabalhar em equipe.	2,9	16,7	17,1	51,0	12,2
6. Possibilita a produção e divulgação do conhecimento voltado para atenção básica	1,2	6,1	16,3	64,9	11,4
7. Contribui para a compreensão da integralidade do cuidado	0,8	11,4	18,4	55,9	13,1
8. Favorece a educação permanente dos profissionais da saúde	1,6	18,8	26,1	42,9	10,6
9. Contribui para que a equipe conheça melhor as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade.	2,0	14,3	21,6	46,1	15,9
10. Possibilita a aproximação dos profissionais de diferentes áreas de formação (enfermeiro, dentista e médicos) e os estudantes nos cenários de atenção à saúde.	2,9	13,9	22,0	48,6	12,7
11. Desenvolve ações com outros setores da comunidade, como escolas, setor de urbanização e outros.	4,9	23,7	26,9	40,0	4,1
12. Favorece a compreensão do contexto social.	2,4	9,4	24,5	55,1	8,6
13. Contribui para a mudança das práticas profissionais e da organização do trabalho.	2,0	15,9	26,1	47,8	8,2
14. Contribui para a consolidação do Sistema único de Saúde.	2,0	8,6	29,8	52,2	7,3
15. Torna possível a consolidação do controle social.	2,0	16,3	37,6	41,2	2,9
16. Desenvolve ações educativas junto à comunidade.	3,7	13,1	21,6	52,7	9,0

*1-Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Indiferente; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente

No quadro 1 se observa que, em quase todos os itens avaliados, houve uma tendência para avaliação positiva, havendo um percentual maior no quesito concordo em relação à

maioria dos itens avaliados. Destaca-se que entre 51% e 60%, as pessoas concordam com o fato de que a integração traz contribuição para efetivação do trabalho em equipe, compreensão e consolidação do SUS, conhecimento da atenção básica, compreensão do cuidado integral e do contexto social, além do desenvolvimento de ações educativas junto da comunidade.

Por outro lado, é possível identificar fragilidades na integração para os itens do desenvolvimento de ações junto a outros setores da comunidade e a consolidação do controle social com mais de 50% somando-se os quesitos indiferente e discordo.

Destaca-se também a percepção dos atores da atenção básica com opiniões de indiferente e discordo com 38% quanto ao desenvolvimento de ações educativas junto à comunidade e contribuição para que a equipe conheça melhor as necessidades das pessoas, das famílias e comunidade.

Sugere-se uma reflexão quanto à inserção do ensino no cenário da rede básica. A amostra dos sujeitos entrevistados contou com serviços contemplados pela integração ensino-serviço há 03 anos (5%), de 9 a 13 anos (75%) e de 21 a 35 anos (20%). São longos anos de trabalho e projetos oriundos das instituições de ensino refletidos na percepção dos atores envolvidos. Outra questão que o estudo aponta é o quanto as equipes refletem sobre o seu trabalho, otimizado ou não pelo processo de integração ou de gestão, pois isso impacta na compreensão dos projetos do serviço, do ensino e de organização das comunidades.

De que forma o ensino integra os serviços que estão desintegrados? O Ministério da Educação delinea os objetivos educacionais e, por outro lado, o Ministério do Trabalho define objetivos do serviço e dos servidores. O processo de integração poderia fortalecer o desenvolvimento de ações no território de abrangência das unidades de saúde, bem como o controle social para além do espaço de conselhos locais, hoje fragilizados por meio de processos de avaliação e regulação do sistema de saúde no cotidiano.

Os resultados obtidos permitem constatar que existem contribuições identificadas pelos profissionais, concernentes à integração ensino-serviço, contudo, esse processo exige investimentos de ambos os parceiros para que as transformações possam ocorrer de forma mais efetiva.

A abordagem qualitativa, que será apresentada na sequência deste estudo, objetivou ampliar o olhar dos sujeitos da pesquisa acerca da integração ensino-serviço, de acordo com as experiências adquiridas.

4.2 Apresentação dos dados qualitativos

Na caracterização dos sujeitos envolvidos, obteve-se uma concentração de profissionais na faixa etária entre 20 a 39 anos (70%), com predomínio do gênero feminino (85%), casados (65%), escolaridade superior completa (75%) e renda familiar entre seis a dez salários mínimos (45%).

Em relação ao local de trabalho, 45% atuam na Estratégia Saúde da Família, 30% na Unidade Básica de Saúde e 25% estão lotados nos Serviços de Apoio da Rede Básica.

Vale ressaltar o tempo de serviço desses profissionais: de seis meses a dois anos (25%), de três anos a cinco anos (50%) e de nove anos a 22 anos (25%).

Na sequência são apresentadas e discutidas as três temáticas com fundamentação teórica acerca das observações e dos depoimentos.

4.2.1 Inserção de estudantes no cenário possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos.

Na perspectiva do profissional da atenção básica, esteja ele na UBS, USF ou Serviço de Apoio, a integração ensino-serviço é percebida de maneira positiva com experiências relevantes de impacto para o ensino, como podemos identificar nos fragmentos abaixo:

“É importante, principalmente para questão de o aluno conhecer essa realidade fora, porque muitas vezes a formação acadêmica, ela dá uma visão muito diferente porque o contato com o paciente ele fica restrito ao ambiente escola.” (F1)

“Às vezes tem que ser na prática mesmo, porque por mais que você tenha a teoria, a convivência aqui, como as pessoas se relacionam e como o paciente se relaciona com o profissional isso daí não vai ser ensinado na faculdade nem em canto nenhum, vai ter que aprender aqui com a gente.” (ACS3)

O cenário de prática oferece oportunidades de vivenciar a teoria com reflexão de cada realidade local, podendo contribuir de forma significativa com o aprendizado construído a cada dia, por meio da produção do cuidado com toda a complexidade dos processos de trabalho, o contexto de cada território e as pessoas que lá vivem, adoecem e morrem.

A integração ensino-serviço é um espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e a produção de cuidados, pois, no cotidiano, deve-se buscar uma sintonia entre a proposta de mudança do modelo da assistência e a formação dos profissionais de saúde.³⁶

Há, porém, necessidade de investimentos nesse contexto, pois, ao responderem ao instrumento quantitativo, 42,4% dos profissionais do serviço não têm clara a percepção de que a integração possibilita contemplar a participação de todos os profissionais da equipe no desenvolvimento dos trabalhos, embora esses mesmos sujeitos reforcem que o trabalho desenvolvido pelo serviço contribui para o estudante compreender a proposta do SUS. Neste âmbito, algumas entrevistas também reforçam essa percepção:

“Eu acho que eles vêm com um pouco de noção do que é o SUS (...) eles vão trabalhar dentro da nossa realidade e aí, principalmente na questão de encaminhamentos e exames, não tem como fugir do SUS e eles acabam aprendendo.” (E4)

“(...) porque a gente sabe que tem que ver a integralidade, como vive a família, as crianças, a gestante, o problema da casa e eles não tem muito entendimento do que é trabalhar assim, na saúde pública.” (ACS2)

O estudo evidencia que a formação deve englobar além de conhecimentos e habilidades técnicas, um adequado conhecimento sobre o SUS e em relação à problematização do processo de trabalho e acolhimento das necessidades individuais e coletivas. O processo de formação está pautado ainda no modelo biomédico de saúde vigente que transparece na forma de organização da gestão do setor saúde.²⁰

Essa inserção de profissionais em processo de formação no mundo do trabalho traz contribuições importantes, tanto nos aspectos específicos da profissão como na possibilidade da construção do trabalho em equipe. Os depoimentos também oportunizam identificar fragilidades desse próprio cenário:

“Acho que eles são bem vindos à unidade, eles têm a acrescentar tanto para a equipe e quanto a equipe para eles e como para a comunidade também, eu acho que só tem a acrescentar a todos.” (D3)

“Faz a gente ver a carência dos outros profissionais, o quanto necessitaria ter. No caso que eu estou citando, a fisioterapeuta, a fonoaudióloga que tinha e saiu, a nutricionista que nunca teve.” (E1)

As contribuições da residência foram destaque na integração ensino-serviço, sendo sinalizado que, de forma significativa, suas ações têm impacto positivo, pelo fato de se tratar de profissionais já formados, proporcionando uma interação maior e possibilitando o desenvolvimento de atividades que suprem algumas fragilidades identificadas no serviço. É fato que a falta de alguns profissionais especialistas compoem as equipes locais da atenção básica dificulta a abordagem multiprofissional/interdisciplinar. No caso, os residentes assumem a demanda dos serviços tendo impacto positivo para a equipe e comunidade.

“(…) acho que os residentes assim, eles interagem mais, eles fazem esse trabalho com a gente, população, eles e a gente.” (TE2)

É bom constatar experiências de profissionais que, enquanto residentes da Estratégia Saúde da Família, destacam a importância da integração para o aprendizado prático, experiência multiprofissional, aprimoramento, exercício do trabalho em equipe e fortalecimento do vínculo com os pacientes.

“(…) eu já era residente (...) já iniciei na Estratégia Saúde da Família que já era novo, a residência de Saúde da Família também era algo novo e a gente teve que conquistar essa população. (...) a população ela foi se acostumando com os estudantes realmente.” (E3)

Quando a academia traz para o cenário da rede básica a residência multiprofissional, fica explícito o quanto essa rede precisa investir em outros profissionais que ainda não compõem a equipe. Algumas dessas necessidades acumulam demanda reprimida para serviços especializados. Como negociar a necessidade de serviços ofertados pelos prestadores, considerando a governabilidade destes e do gestor local? E de que forma a integração ensino-serviço pode potencializar este processo?

A integração ensino-serviço, pautada no trabalho em equipe, valoriza a interdisciplinaridade e assim como, orientam as diretrizes, contribui para a formação do profissional da saúde e o exercício profissional no SUS. Para tanto, é necessário um processo com compromissos institucionais e não somente dos atores isolados em cada cenário.³²⁻³⁶

Outra questão que o processo de integração estudado ressaltou foi à possibilidade de realizar cuidados assistenciais frente às necessidades individuais, em que se deve valorizar a

singularidade, mas também criar oportunidades para compreensão do coletivo e do processo de gestão do serviço:

“Eu percebi a importância dessa parceria e de ter aprendizagem dentro do cenário da prática (...) acho que é expressivo ver o aluno do quarto ano saindo e tendo uma boa noção de que é possível conciliar o trabalho da realidade de Marília, assistencial, no individual, no coletivo e a gestão.” (E5)

No cotidiano, as ações são realizadas dentro de uma rotina estabelecida pelo processo de trabalho local das equipes de saúde. Com a integração ensino-serviço, a pessoa é mais acolhida pelo contato e receptividade dos estudantes, que identificam conflitos e constroem planos para as necessidades individuais e também coletivas da área de abrangência de cada equipe. Quando as intervenções propostas fogem da governabilidade local, é necessário buscar estabelecer um trabalho intersetorial, utilizando estratégias pertinentes para alcançar um resultado mais efetivo.

“Eles trazem para nós estudos de caso que a gente pede para eles fazerem, nos ensinam até novos termos e na prática mesmo, no atendimento, o quanto eles trazem de benefício que não só o paciente enxerga, a família e nós também enquanto equipe.” (TO1)

“O fato de estarem na graduação em estágio direto com a realidade e em conjunto com a equipe, eles vão poder vivenciar todas as dificuldades, tanto fora da governabilidade, algo intersetorial na comunidade e planejar alguma ação de promoção e prevenção.” (P1)

“Eu acredito que para a formação e também para o serviço a gente teve uma grande contribuição por parte deles porque a equipe, os funcionários, nós próprios que ficamos como preceptores ou facilitadores a gente aprende junto com eles e também pode estar se atualizando. Eu acredito que essa inserção seja bastante importante tanto para o serviço como para os estagiários e para a escola.” (E3)

É neste cenário que o profissional da rede básica, que desenvolve atividade direta como preceptor, tutor ou responsável pelo estudante, ressalta a importância do papel dos profissionais do serviço na formação. Será que é possível avançar de maneira que todos da equipe de saúde compreendam o processo de formação e dele participem como uma diretriz estabelecida pelo SUS? Ou isso não está claro apenas para o responsável pelo estudante?

Há de se considerar que o processo de integração se dá a partir das pessoas que interagem buscando atingir objetivos comuns. Para tanto, a equipe passa por um processo de

inquietação, de reorganização e de compreensão sobre o que pode ser compartilhado. Isso deve ser mais que os espaços, também se compartilham experiências e conhecimentos, o que se propõe é se despir do “poder” sem perder a autonomia da gestão local. Constata-se o fato de que esse processo é vivenciado diferentemente em cada realidade e percebido pelas equipes, como no exemplo a seguir:

“O fato de trazerem outros olhares e a presença de outras pessoas é complicado porque muda o processo de trabalho, mas é bom e muito bem vinda, trazem enriquecimento, programação e reorganização na equipe.” (ACS1)

Muitas experiências reconhecem os cenários de prática na rede básica como espaços onde as pessoas vivem, trabalham possibilidades, ensinam, aprendem e se organizam frente aos múltiplos determinantes da saúde. Nesses espaços se oferecem oportunidades de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, em situações reais do trabalho e da população, com a realização de práticas assistenciais junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidade.²²

Conclui-se que há possibilidade de trocas de conhecimentos entre estudantes, equipe e população. Quando surge uma demanda, o espaço de EP traz a possibilidade de compreender esse contexto de forma mais cuidadosa e de priorizar as necessidades de forma organizada. A inserção da academia torna-se um braço da equipe no sentido de ajudar, posicionar e também respeitar o olhar da equipe.

Como cada grupo da academia se insere nos serviços, sendo percebida pelos profissionais de forma positiva ou não, é o que se pretende abordar na temática seguinte.

4.2.2 Distintas formas de inserção dos cursos nos cenários

O estudo da integração ensino-serviço aponta suas contribuições e enfrentamentos, mas também possibilita conhecer as distintas formas de inserção da academia nos cenários de prática. Os sujeitos da pesquisa ressaltaram necessidades de intervenções para que ocorra uma integração mais efetiva, como abordado abaixo:

“Teria que ter uma ligação talvez um pouco maior entre os profissionais que estão envolvidos, porque eu entendo assim, as vezes que fica uma coisa muito formal o vínculo entre as equipes (...) às vezes a gente nem sabe quem são as pessoas que são envolvidas nisso. Se, de repente, a gente sentasse um dia para conversar em relação a

isso, talvez tivesse frutos maiores dessa relação do aluno com a gente.” (F1)

A metodologia de ensino foi apresentada como um dos fatores principais e determinantes dessa inserção, refletindo-se nas relações pessoais, no planejamento das atividades, na abordagem do usuário, na busca do trabalho em equipe e no aprimoramento da construção do SUS local.

As mudanças curriculares para formação do profissional generalista com ênfase na promoção à saúde propõem reflexões, sobre o conteúdo educacional, formas de inserção nos cenários de prática, o trabalho em saúde no SUS e o mercado de trabalho. Assim, novos formatos curriculares são construídos, quebrando-se paradigmas e propondo-se novos programas pedagógicos. Algumas instituições formadoras utilizam, então, metodologias ativas de ensino para a construção do conhecimento, visando à aprendizagem significativa.⁴³

Os profissionais da rede básica apresentam situações que exemplificam o impacto dessas mudanças na formação do profissional da saúde.

“(…) elas vêm com uma linha de trabalho de integrar mesmo a população, a equipe e elas.” (AE1)

“ A Unidade de prática tem a questão do trabalho em campo (...) Acho que a metodologia de ensino tem mesmo que ser mais crítica, mais reflexiva, acho que você tem que desenvolver habilidades sim.” (D2)

A possibilidade de transformar a realidade por meio da integração ensino-serviço propõe que cada ator assuma o papel de protagonista da sua aprendizagem e compartilhe experiências nos cenários de prática. A valorização desta oportunidade de vivenciar o ambiente e as condições de trabalho, de ampliar os olhares para objetivos e ou desafios em comum, pode gerar novas formas de atuação por meio da construção coletiva.²⁶

O curso cuja metodologia propõe a contextualização da prática foi destacado como potência, pois traz que os estudantes são mais críticos e buscam integração com equipe e a população, com devolutivas para o serviço.

“(…) a equipe recebe e, dependendo do grupo, tem um aproveitamento. Nós estamos prontos para receber, tem grupo que entra um pouquinho mais na vida do paciente, escuta e é mais acolhedor e a gente está aprendendo. Está sendo bem bacana, principalmente com as devolutivas.” (M2)

Outro aspecto apresentado diz respeito ao prejuízo às relações estabelecidas entre o usuário e o serviço quando há dicotomia de posicionamento entre as instituições de ensino.

“(...) essa dicotomia também que se faz com as instituições e universidades. Eu acredito também que não deveria existir porque dificulta e você vai prejudicar quem? O usuário porque é ele que poderia estar ganhando com tudo isso.” (ACS2)

Na prática, os profissionais percebem a diferença entre os grupos, quando valorizam aqueles estudantes que interagem com a equipe, trazendo contribuições para o trabalho. Sinalizam, também, por outro lado, inserções de estudantes que não contribuem com o serviço, nem mesmo são apresentados aos objetivos educacionais por seus professores.

“A gente não tem conhecimento exatamente sobre o que eles fazem. Eu sei que eles vêm, eles fazem algumas visitas, às vezes eles solicitam alguns prontuários”. (...) eles nunca tiveram uma ação com a equipe. Não trouxeram retorno até porque a gente não sabe o que eles estão procurando então, não sei se é só pra conhecer como funciona a saúde pública, (...) “mas se eles não tiverem esse contato com a equipe, eles não vão saber o que realmente acontece.” (AE1)

Aqui cabe fazer uma reflexão que consideramos pertinente quanto às formas de inserção nos cenários de prática: ou perpetuamos um “uso” do serviço para o desenvolvimento dos objetivos educacionais desconhecidos pelos profissionais, em que reforçamos sentimentos de inferioridade do saber deles em relação aos outros, ou construímos, de fato, um processo de integração possibilitando a troca de saberes de ambos os parceiros. Sabe-se de algumas experiências dessa integração ensino-serviço, com impactos importantes nas ações realizadas no âmbito individual ou coletivo destes cenários. Compreende-se, porém, que se trata de um processo e por isso necessita-se de reflexão de forma contínua para reorientação de seu caminhar.

Historicamente a universidade usava os serviços, com demandas priorizadas para o ensino, desconsiderando este cenário como espaço privilegiado de produção de serviços, de conhecimentos e com necessidades próprias e até pertinentes para a formação dos futuros profissionais da área da saúde. Assim, as relações devem caminhar para a melhor compreensão do conceito de “cenários de aprendizagem”, integrando propostas pedagógicas e práticas.²⁰

A integração ensino-serviço também revela, por meio da história, que os estágios curriculares e internatos nos serviços públicos de saúde são frutos de negociações entre as instituições formadoras e os gestores do SUS, e que os cursos da área da saúde apresentam trajetórias diferenciadas nesse processo. Ao longo dos anos, têm-se observado os esforços para efetivar vivências dos futuros profissionais nos cenários de prática, com seu perfil sociocultural e epidemiológico, para a compreensão do papel dos diversos atores junto da população e do sistema de saúde vigente.²¹

O tempo de estágio e o perfil do supervisor, nesse cenário de prática, são questões que proporcionam reflexões quanto à forma de organização da proposta pedagógica por permitirem aos estudantes, docentes, profissionais e usuários o equacionamento dos problemas de saúde de forma corresponsável, integrada e em rede, como exposto aqui:

“Eu não sei se aquele que fica aqui dois meses consegue ter essa visão, mas para a Unidade de Prática, que vai ficar dois anos com a gente, ele vai ver esse desenrolar, porque são dois anos com a mesma família. (...) É bom eles terem primeiro uma interação com a gente, porque esse processo é muito lento” (ACS1)

Os sujeitos da pesquisa não apontam relevância do ano de graduação dos estudantes atuando no cenário de prática, mas valorizam o tempo de estágio para o aprendizado e a integração. Em experiências das instituições formadoras que formularam propostas mais contextualizadas, percebe-se que, nas primeiras séries, avultam os elementos da realidade, enquanto nos estágios finais abordam-se estudos clínicos que estimulam de forma diferente a busca ou articulação mais integrada do processo saúde - doença.²⁰

É possível refletir sobre os estágios com potencial para a construção do cuidado e de novos conhecimentos, mas também sobre a figura do responsável pela supervisão direta no cenário de prática. Ressalta-se, como ponto importante o suporte docente, visto que se o professor está distanciado ou não dessa prática, ele poderá contribuir com a construção do conhecimento desde que vivencie a compreensão desse processo junto da equipe.

“Agora, se for um tutor, um docente, por exemplo, que trabalha em uma área muito específica, às vezes, não que ele não valoriza, mas talvez fica um pouquinho distanciado porque a prática dele também é diferente.” (D2)

Os estudos evidenciam que o estágio deve contar com supervisão de professores, tutores ou colaboradores, com formação especializada e com experiências sobre saúde pública, devem ser profissionais que visem articular, com as equipes, o ensino com a lógica do modelo de atenção da rede básica.⁵

A SMS conta com a pactuação junto de uma das instituições formadoras para identificar o professor colaborador responsável para cada unidade cenário de prática. Trata-se da figura do profissional que traz a experiência do SUS e isso visa otimizar a inserção dos estudantes na equipe.

O estudo permite também identificar que os diversos cursos propõem objetivos diferentes quanto à inserção.

“Eu sinto o pessoal da enfermagem bem inserido, mais próximo. Eu não sei se é porque está dentro da unidade todo dia, mas eu senti uma proximidade muito grande com o pessoal da T.O. também.” (E2)

“(…) têm que ser mais humildes e isso tem que vir da universidade. Eles não vão trabalhar com as pessoas? Não refletem? Os da medicina são mais “superiores” e não gostam nem de conversar, os da enfermagem são mais simples, mais próximos.” (TE1)

Há conflitos e diferenças, dependendo do aluno e dos profissionais. O número de alunos pode dificultar a atenção dentro da rotina da unidade, bem como a imaturidade do estudante e o tempo de atividades. O fato de estarmos refletindo sobre o processo de integração na atenção básica conduz ao questionamento quanto ao conhecimento prévio das Diretrizes do SUS por parte da academia, objetivando minimizar conflitos nas atividades práticas.

“(…) às vezes a gente não tinha tempo de sentar dentro da rotina da unidade. Eu acho que a dificuldade mesmo é a imaturidade, porque eles são muito novos.” (E2)

“Eu acho que eles poderiam aproveitar essa oportunidade do SUS (...) mas eu acho que o professor deveria estar trabalhando isso antes.” (TE1)

Fica uma reflexão quanto à compreensão que os profissionais do serviço têm acerca do seu próprio processo de formação e a dos futuros profissionais da saúde. Se a construção do modelo da assistência se concretiza por meio das ações do cotidiano, porque conceitos fundamentais, como as diretrizes do SUS, não poderiam ser construídos e compreendidos a partir da vivência no mundo real/ mundo do trabalho?

4.2.3 Interferências do serviço para efetivação da integração

A inserção dos estudantes nos cenários de prática da atenção básica sugere que eles devam conhecer a realidade a fim de desenvolver críticas e habilidades profissionais. Assim, essa imersão no contexto real possibilita construções e inquietações.

Por outro lado, o espaço físico das unidades de saúde, a sobrecarga do profissional do serviço, o perfil dos envolvidos no processo de integração e a política vigente apontam alguns enfrentamentos exemplificados a seguir:

“Eu percebo que, em alguns lugares, talvez não seja informado para a equipe o que eles estão fazendo ali, qual é a função deles, qual é a função da equipe com relação a eles e a responsabilidade que a gente tem sobre isso.” (E3)

“Eu acho que um ponto muito importante que deve ser trabalhado nesse momento é que a equipe inteira saiba de tudo que acontece em sua unidade.” (D1)

A partir da descentralização da gestão da saúde, desencadeou-se uma busca constante por planejamento participativo, gestão e recursos compartilhados. Sendo assim, cada realidade vive um processo diferente e acreditamos que avanços importantes são necessários para contemplar o trabalho em equipe, como investimento em recursos humanos e materiais, além de organogramas que contemplem diálogo e apoio.

Quais seriam os espaços formais de partilha das informações e como desencadear o processo de reorganização para isso? Necessita-se de determinação política, gerencial, apoio metodológico para atingir, de forma significativa, cada sujeito do processo para que se construam novos conhecimentos. A mudança do modelo predominante em saúde conta com parcerias e com a integração prática com o ensino.

O estudo reforça que os estudantes contribuem com dados que possibilitam gerar informações importantes para utilização junto à equipe:

“Praticamente uma reunião de equipe sim e a outra não, elas sempre estão passando algum dado diferente pra gente.” (AE1)

A contratação de profissionais recém-formados possibilita aos profissionais da equipe refletirem sobre o processo de formação quando identificam dificuldades na condução dos atendimentos:

“Não sei se seria bem o perfil do profissional, talvez a formação. Ele não está preparado para trabalhar. Primeiro, que ele já vem inexperiente mesmo, mas mesmo assim ele vindo inexperiente, às vezes ele não tem essa prática, ele vem de uma formação muito em cima de tecnologia dura, e aí você acaba deixando o diagnóstico, que eu acho que é importante. A questão de você fazer uma história, de tirar uma história bem detalhada do paciente, de você ouvir e aí você fazer um diagnóstico bem feito, pra depois você referenciar para outros diagnósticos.” (D2)

Esta é uma problemática que os gestores municipais enfrentam na consolidação da Estratégia Saúde da Família, com contratação de profissionais recém-formados sem experiência significativa da prática e alta rotatividade, pois, muitas vezes, quando se encerra o processo de educação em serviço, estes ingressam em residências ou aceitam outras propostas do mercado de trabalho.

A Saúde Coletiva apresenta as práticas em saúde como práticas sociais e passa a reconfigurar as atitudes fragmentárias dos profissionais da saúde, não atribuindo este perfil exclusivamente às escolas formadoras. Ressalta também as mudanças nas relações de trabalho, o crescente assalariamento das categorias profissionais, as articulações entre gestores dos serviços de saúde, a crescente tecnologia e a indústria farmacêutica interferindo na prática assistencial.⁴⁴

As propostas e as atividades da integração ensino-serviço devem passar por uma nova concepção dos órgãos gestores da saúde, o que implica compartilhar responsabilidades quanto à formação de futuros profissionais. A proposta de deslocar o eixo hospital/atenção individual/especialização para a rede básica/atenção, também coletiva/prática generalista, gera conflitos e resistências à sua efetivação por afetar o status do profissional e a representação perante si e a sociedade.⁴⁵

Outra situação é o fato de o serviço estar organizado predominantemente por quantidade de atendimento e centrado no modelo biologicista, como evidenciado a seguir, cujas interferências alteram o processo de consolidação da integração ensino-serviço.

“Estar com o aluno é sempre mais difícil. Se a gente estiver sozinho aqui, atendendo, a gente consegue tranquilamente aí em duas, duas horas e meia atender todas. Agora, quando tem alunos, é muito mais demorado, tem aquelas que gostam talvez por falta de atenção também.” (M1)

“(…) complicado eu acho que é, porque muda o nosso ritmo, muda o nosso processo de trabalho, têm coisas que empacam um pouco, outras a gente consegue ir mais longe. Eles também trazem ajuda, é bom, não é ruim, porque eles têm essa diferença, a gente também está participando num momento importante.” (ACS1)

É exatamente no cotidiano que o processo de Educação Permanente deve acontecer com os profissionais e as instituições organizadas das mais diversas formas. O desafio está na forma como cada um dos atores do cuidado em saúde contribui com o desejo de olhar para este processo considerando o cenário real e, enquanto a gestão local propuser intervenção utilizando a EP, está se buscando construir a democratização dos espaços onde ocorre o processo de trabalho.

“Eles trazem uma demanda (...) proporciona que o profissional tenha Educação Permanente e que isso vai ajudar ele a fazer um trabalho na equipe tanto quanto para o usuário isso também contribui.” (E3)

A Política Nacional de Educação Permanente propõe que se trata de um “dispositivo” capaz de articular diversos segmentos/atores e instituições de saúde, possibilitando concretizar o SUS na reorientação e reorganização da assistência, a partir do processo de trabalho ⁽¹²⁾.

A Educação Permanente, embora esteja contemplada na política de educação em saúde, tem a efetivação de seu processo, de forma institucional, diversificada nos cenários de prática e requer avanços e aprimoramento. O depoimento a seguir apresenta a relevância que a EP tem para o profissional do serviço, a compreensão deste processo para a instituição que gerencia os recursos humanos e a necessidade de efetiva-la na equipe local.

“Tenho sentido muita falta, por motivos próprios da nossa empregadora de não liberar para algumas atividades (...), tenho sentido muita falta desse momento de Educação Permanente (...) Eu acredito que se a unidade estiver organizada, estruturada e for de conhecimento da equipe que isso não vai prejudicar a população, que não vai prejudicar o andamento da equipe, eu vejo como um benefício.” (E5)

A competência dos diferentes atores no processo de integração para o enfrentamento da resolução dos problemas envolve o planejamento das atividades, o grau de autonomia local, mas especialmente ao que se refere à Educação Permanente.¹²

Os dados referentes ao questionário evidenciaram que 46,5% dos profissionais discordam e são indiferentes quanto à integração favorecer a EP nos serviços de saúde. Tal situação nos faz refletir sobre quanto esse espaço de EP faz parte de um projeto político institucional e pessoal das pessoas envolvidas nesse processo.

Nos serviços de saúde, encontram-se grupos de trabalho que nem sempre funcionam como equipes, mas como um agrupamento de profissionais desenvolvendo suas atividades de forma fragmentada. É necessário avançar para reconhecer a importância de cada sujeito do processo de trabalho e reconstruir um projeto comum, buscando a integralidade do cuidado.

A rede de atenção básica recebe um número expressivo de estudantes e nem sempre o docente responsável realiza sua orientação direta no cenário de prática. Apesar de existirem profissionais dos serviços atuando como preceptores, essa integração não é de conhecimento de toda a equipe local.

A proposta de estabelecer os profissionais do serviço como colaboradores e preceptores, visando efetivar a formação no contexto da realidade é válida, mas precisa de avanços no sentido de governabilidade local e reconhecimento institucional.

“Eu acredito que os colaboradores poderiam ser reconhecidos melhor financeiramente e melhor no sentido de capacitação de educação permanente, mas eu também entendo a fala deles nessa educação permanente em que não está havendo espaço de discussão (...) pra que a gente possa ir para esses momentos.” (E5)

As experiências com a integração ensino-serviço trazem fatores que estimulam às equipes no cotidiano das ações de saúde, mas também apontam enfrentamentos como o espaço físico das unidades/infraestrutura, até aceitação e receptividade da academia.

Entendemos ser fundamental que o município tenha um projeto contínuo a fim de organizar essa inserção da academia na rede básica de saúde, com planejamento para operacionalizar as relações ensino-serviço, de forma que fiquem definidas as responsabilidades por meio de novos projetos, contratos ou convênios.

Questões como o espaço físico, a falta de clareza ou definição de papéis e dos objetivos comuns contribuem para a atuação nos espaços/cenários, mas não efetivam a integração ensino-serviço.

Essas questões estão contempladas nas Diretrizes para o ensino na rede básica de saúde, que se recomenda que as escolas elaborem projetos de integração docente-assistencial com as Secretarias Municipais; considerando que 97% da rede básica no Brasil se encontram sob direção municipal.⁴

Trata-se de uma discussão pertinente ao município em questão pelos exemplos aqui apresentados:

“Eles tiveram que ir para outra unidade pela falta de espaço.” (E2)

“Há um número um pouco acentuado de estudantes conosco, nós temos aprimorandos, os residentes, os estagiários de T.O e às vezes eu sinto dificuldade de sala, o nosso espaço físico às vezes não é tão favorável.” (AS1)

“Às vezes temos dificuldades de espaço, aí a gente tem que adaptar e tentar dar um jeito, um lugar pequeno ou não.” (D3)

A inserção de estudantes também altera a rotina já estabelecida pela equipe local. É preciso que seja desenvolvido um trabalho ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto para o funcionamento dos serviços. Seja como algo novo ou ao longo do tempo da integração, o profissional do serviço percebe que:

“Ao mesmo tempo em que é um entrave dentro do serviço, hoje até não, a gente tem bastante tempo de estágio (...) gente estranha chegando aqui, eles bagunçam o prontuário, eles não têm noção de agendamento. Então, assim, para a equipe lidar com essas pessoas em formação é muito complicado.” (P1)

É imprescindível que haja acordos institucionais. A instituição formadora por meio dos docentes e dos estudantes deve assegurar o compromisso com as políticas adotadas e com a qualidade da atenção, envolvendo adaptação dos espaços, parceria estreita com a gerência local, construção de vínculos com a equipe e usuário e fortalecer a rede de cuidados.⁴

A Estratégia Saúde da Família foi implantada em grande escala nos últimos 15 anos no município em questão, com investimento de recursos ministeriais e contrapartida do gestor local. Nesse processo, pactuações foram realizadas com as instituições de ensino dos cursos da saúde, cumprindo a proposta de estabelecer este cenário como estágio curricular. Na percepção do profissional da atenção básica também evidenciam-se necessidades de avanços para impactar na mudança do modelo da assistência à saúde local.

“O ideal seria o agrupamento para melhorar, eu já trabalhei em PSF e é bem diferente, a integração é bem maior (...) eu acho que resolve bem mais coisas, tanto resolvem como descobrem também. Eles descobrem coisas que a gente nem imagina, que trazem para a gente o crescimento e para ver o que pode melhorar. É diferente a forma, a gente tem mais de perto o acompanhamento dos estudantes no PSF que facilita muito para gente e aqui também, mas são formas diferentes.” (TE2)

Desta forma, há experiências em que a academia, organizada em unidade educacional, trabalha junto da equipe da USF na elaboração de planos de cuidados, propiciando pesquisa-ação e diálogo de saberes com os diferentes sujeitos. Nesse cenário, as situações reais desafiam discussão de princípios éticos e morais, frente às histórias socioculturais, na construção da integralidade da assistência a saúde.¹⁸

Em uma rede básica que contempla dois modelos de atenção à saúde, UBS e USF, os quais realizam a assistência ora de forma semelhante, outras de forma distintas, como participar da formação, reorganizar a assistência e garantir a integralidade do cuidado e todos os princípios do SUS, utilizando ferramentas como a Educação Permanente, a Integração ensino-serviço e a Intersetorialidade?

A efetivação das diretrizes constitucionais, por meio do diálogo entre as instituições formadoras, os gestores da política e da atenção à saúde e representantes do controle social, deveria sustentar as estratégias de mudanças, por meio de ações, interações, desafios e oportunidades.¹³

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando o caminho percorrido por este estudo, fazem-se algumas reflexões acerca do objeto da investigação:

Compreender se a formação dos profissionais da saúde contribui para a mudança da prática assistencial em saúde no cenário da Atenção Básica; caracterizar as contribuições da integração ensino-serviço para a formação profissional e identificar as dificuldades encontradas no processo de integração ensino-serviço. Para tal, decidiu-se pela escuta dos profissionais do serviço, uma vez que esse tipo de pesquisa traz um foco maior para o cenário acadêmico.

Partindo-se do pressuposto de que há dificuldades na integração ensino-serviço, constata-se que se trata de um processo que vem sendo construído com a sinalização de conquistas importantes, embora haja necessidade de alguns enfrentamentos para superação de fragilidades tanto nas instituições formadoras quanto na organização dos serviços de saúde.

Reconhecem-se as possibilidades de inserção dos estudantes no cenário real, oportunizando a compreensão de saberes com novos significados por se defrontarem com fortalezas e fragilidades do sistema de saúde.

Os depoimentos confirmam que a inserção da academia no cenário real possibilita um olhar profissional mais humanizado com exploração do contexto de vida das pessoas e isso contribui para que a equipe elabore um plano de cuidado buscando a integralidade. Entretanto, em alguns serviços de saúde, encontram-se grupos de trabalho que nem sempre funcionam como equipes, mas como um agrupamento de profissionais desenvolvendo suas atividades de forma isolada. É necessário avançar para reconhecer a importância de cada sujeito do processo de trabalho e construir um projeto comum visando à integralidade do cuidado.

A integração leva a identificar a necessidade do trabalho em equipe, cuja efetividade denota fragilidade frente à dinâmica do trabalho por contemplar o modelo de atenção fragmentada, biologicista e imediatista.

Deve-se considerar que a atenção básica integra a assistência aos problemas de saúde e lida com o contexto em que a doença se desenvolve. Sendo assim, a integração ensino-serviço pode contribuir para a organização do serviço e do cuidado, levando em conta o perfil epidemiológico de cada cenário de prática.

As experiências indicam cursos isolados nos cenários de prática e isso parece evidenciar a desarticulação entre os diferentes cursos, o que merece discussão efetiva e representa um desafio solidário da integração para potencializar o cenário como espaço micropolítico da produção do cuidado e da formação.

A metodologia de ensino teve destaque, sendo identificadas diferentes formas de inserção de estudantes nos cursos. Evidenciam-se alguns cursos com estudantes mais críticos, preocupados com devolutivas para a equipe, com valorização das vivências e oportunidades nos cenários de prática e outros, infelizmente, com pouco envolvimento com a equipe.

Há destaque quanto às contribuições da residência para a equipe e para a comunidade, devido à maior integração com os profissionais e ao fato de suprir algumas fragilidades identificadas nos serviços.

Ainda que a integração tenha possibilitado reflexões e compartilhamento de saberes nos momentos de educação permanente em conjunto com a academia, foi sinalizada a não priorização desse espaço por parte dos gestores.

Diante do exposto, identifica-se a necessidade de investir em pactuações institucionais que contemplem as necessidades dos serviços e da formação, tendo em vista que esse deve ser um passo importante na gestão da saúde e na reorganização da instituição formadora.

Frente à complexidade dos desafios, sugere-se maior aproximação dos atores dos diferentes cenários de prática e de ensino, com efetivo diálogo e espaços formais de reflexão conjunta, como proposto pela Política Nacional de Educação Permanente, buscando evidenciar a riqueza de compartilhar diferentes saberes na busca de resolução dos problemas de saúde.

Para reorganizar o sistema de saúde local e redirecionar o ensino para a formação em saúde, além de se refletir sobre o processo de trabalho nos cenários de prática, é necessário que se considere o modelo de gestão definido pela política local, pois ele irá intervir nos processos de trabalho e na ética profissional frente às tensões das demandas.

As instituições formadoras necessitam repensar seus projetos de formação. Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de Saúde, na construção do Saber, nas práticas desenvolvidas, nas relações estabelecidas entre os sujeitos do universo da escola e, sobretudo, com os profissionais de saúde e população, ou seja, implica a transformação não somente de concepções e práticas, mas também das relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde e do território local.

A base das propostas de mudança em questão é a democratização do processo, por meio de um produto social que se constrói com a intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança de comportamento dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado. Há necessidade de a universidade se abrir para o mundo do trabalho e de os serviços se abrirem para os interesses e os objetivos concretos da população.

REFERÊNCIAS

1. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem significativa à lua da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):236-40.
2. Brasil. Presidência da República. Constituição: República Federativa do Brasil 1988 [Internet]. Brasília (DF); 05 de Out de 1988. [citado 2013 fev 02]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
4. Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes. *Cad ABEM.* 2007;3: 6-10.
5. Campos GWS. Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde: documento preliminar. Brasília (DF): Associação Brasileira de Educação Médica; 2005.
6. Secretaria Municipal da Saúde de Marília. Relatório de Gestão: 2011. Marília (SP): Secretaria Municipal da Saúde de Marília; 2011.
7. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Bol Saúde.* 2004;1(18):87-98.
8. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 1.133, de 01 de outubro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 3 out 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
9. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da famema [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2002. 281 p.
10. Silva RF, Chaves IS. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface Comum Saúde Educ* [Internet]. 2008 out-dez [citado 2 out 2012];12(27):721-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400004&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400003>
11. Jatene A. Não à formação de médicos a qualquer custo [entrevista]. *Rev APM* [Internet]. 2012 out [citado 18 fev 2013];(638):12-4. Entrevistado por Camila Kaseker. Disponível em: http://servermail.famema.br:8080/service/home/~/?auth=co&loc=pt_BR&id=2850&part=2
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília (DF); 2009. [citado 29 jan 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.
14. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Rev Min Saúde Pública*. 2005;3(5):4-15.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37.
17. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, Observatório dos Técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2006 [citado 3 out 2012]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf
18. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med*. [Internet]. 2010 abr-jun [citado 3 fev 2013];34(2):207-15; 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>
19. Ojeda BS, Santos BRL, Eidt OR. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(4):432-38.
20. Feuerwerker LCM, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Debate*. 2000;(22):36-48.
21. Beccaria LM, Trevizan MA, Janucci MZ. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. *Arq Cienc Saúde*. 2006;13(3):137-145.
22. Henriques RLM. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2005. p. 147-59.
23. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):356-62.
24. Rangel ML, Vilasboas AL. Rede UNIDA: breve histórico, concepção, organização e estratégia de ação. *Divulg Saúde Debate* 1996;(12):15-8.

25. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Efrey EY. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? *Rev Bras Enferm.* 2003;56(4):343-47.
26. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):163-77.
27. Bonin JE, Oliveira JGS, Nascimento JM, Rezende ME, Stopato SP, Leite ICG. Liga acadêmica de medicina de família e comunidade: instrumento de complementação curricular. *Rev APS.* 2011;14(1):50-7.
28. Puccini RF. A integralidade na atenção à saúde da criança e o ensino de pediatria. [tese livre docente]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2002.146p.
29. Moimaz SAS, Saliba NA, Zina LG, Saliba O, Garbin CAS. Práticas de ensino-aprendizagem com bases em cenários reais. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(32):69-79.
30. Lima EP. Epidemiologia e estatística: integrando ensino, pesquisa, serviço e comunidade. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):324-8.
31. Colliselli L, Tombini LHT, Leba ME, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a integração ensino-serviço. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):932-7.
32. Spagnol CA, Silva CMMF, Figueiredo ES, Nascimento JCM, Santos MBA, Donoso MTV, Canhestro MR, Santos ARG. Comissão de estágios em enfermagem: a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *REME Rev Min Enferm.* 2004;8(2):326-9.
33. Dias HS. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. 132 p.
34. Moraes FRR, Leite IDR, Oliveira LL, Verás RM. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. *Rev Gauch Enferm.* 2010;31(3):442-9.
35. Caetano JA, Diniz RCM, Soares E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4):638-44.
36. Pereira JG, Fracolli LA. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 mar-jun [citado 15 ago 2012];9(1):63-75. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revista/r332.pdf>
37. INDEP – Instituto de Ensino Capacitação e Pós-Graduação [Internet]. Marília (SP): INDEP; c2013. [citado 20 fev 2013]. Disponível em: http://www.indepos.com.br/cursos_exibe.php?id=11

38. Universidade Estadual Paulista. Graduação - UNESP [Internet]. Marília (SP): UNESP; 20013 [citado 20 fev 2013]. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/>
39. Universidade de Marília. UNIMAR [Internet]. Marília (SP): UNIMAR; 2013 [citado 20 fev 2013]. Disponível em: <http://www.unimar.com.br>
40. Faculdade de Medicina de Marília. Relatório de Atividades – FAMEMA 2011 [Internet]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2011 [citado 10 nov 2012]. Disponível em: <http://www.famema.br/institucional/documentos/famema2011.pdf>
41. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
42. Gomes R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 97-105.
43. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):86-92.
44. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Matos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2001. 39-64.
45. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28:61-72.

INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: Idade: _____ Sexo: F () M ()

Sua formação profissional: _____

Qual serviço pertence:

UBS () ESF () CAPs () CEREST () UCAF () Banco de leite () PROIID () PA ()

2) Alunos de quais cursos estagiam nesta Unidade? _____

3) Você percebe diferenças entre os cursos, quanto a inserção dos estudantes na equipe?

Sim () Porque? _____

Não ()

4) Você percebe diferenças entre as instituições de ensino, quanto a inserção dos estudantes na equipe?

Sim () Porque? _____

Não ()

5) QUESTIONÁRIO:

Considerando as atividades com estudantes desenvolvidas em sua Unidade, como você avalia.

1- Contribuem para o desenvolvimento do trabalho em equipe

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

2- O trabalho desenvolvido pelo serviço contribui para o estudante compreender a proposta do SUS.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

3- Contribuem para a transformação da prática profissional

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

4- Possibilitam contemplar a participação de todos os profissionais da equipe

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

5- Capacitam os profissionais para trabalhar em equipe

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

6- Possibilitam a produção e a divulgação de conhecimento voltado para a atenção básica

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

7- Contribuem para a compreensão do cuidado de forma integral

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

8- Favorecem a educação permanente dos profissionais do serviço

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

9- Contribuem para que a equipe conheça melhor as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

10- Possibilitam a aproximação dos profissionais de diferentes áreas de formação (enfermeiro, dentista e médicos) e os estudantes nos cenários da atenção à saúde.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

11- Desenvolvem ações com outros setores da comunidade, como escolas, setor de urbanização, Secretaria de Bem-estar social e outros

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

12- Favorecem a compreensão do contexto social.(modo de viver, adoecer e morrer das pessoas)

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

13- Contribuem para a mudança das práticas profissionais e da organização do trabalho

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

14- Contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

15- Tornam possível a consolidação do controle social

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

16- Desenvolve ações educativas junto à comunidade

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.****Nome da Pesquisa:** INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O OLHAR DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**Pesquisador Responsável:** Cristina Toshie de Macedo Kuabara

Estou realizando esta pesquisa com o objetivo de identificar e descrever as percepções do profissional de saúde acerca da integração ensino-serviço no contexto da Atenção Básica. O estudo será desenvolvido por meio da aplicação de um questionário auto aplicável respondido pelos membros da equipe de saúde.

Para isso solicito a sua colaboração na participação da presente pesquisa. Esclareço que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada, além de retirar-se a qualquer momento. As suas informações serão tratadas no absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Poderá conhecer os resultados do estudo quando solicitado. Os dados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos. Estou à disposição para esclarecimentos sempre que você necessitar.

Marília, ____ de _____ de 2012.

Eu, _____, RG _____, declaro que, após ter sido esclarecido o termo acima, concordo em responder a entrevista/questionário desta pesquisa por livre vontade, sem que tenha sido submetido a qualquer tipo de pressão.

Assinatura do participante_____
Cristina Toshie de Macedo Kuabara
COREN-SP: 62.068, RG 21.536.988-9
CPF: 137.264.688-46
e-mail: crismel31@yahoo.com.br
Telefone: 8126-3051

Roteiro de Entrevista

II- Caracterização do entrevistado:

01. Idade: _____ anos.
02. Sexo: () Masculino () Feminino
03. Estado civil: () solteiro () casado () outros
04. Grau de instrução: () 1º grau incompleto () 1º grau completo
 () 2º grau incompleto () 2º grau completo
 () Superior incompleto () Superior completo
05. Profissão : _____
06. Ocupação: _____
07. Renda Familiar: R\$ _____ em salários mínimos.
08. Unidade de Saúde a qual pertence: _____
09. Há quanto tempo trabalha nessa Unidade de Saúde? _____
10. Há quanto tempo funciona essa Unidade de Saúde? _____

II- Questões norteadoras:

01. Como você vê a inserção de estudantes nas unidades de saúde?
02. Os estudantes e/ou professores participam das atividades programadas pela equipe de trabalho dessa unidade?
03. As ações desenvolvidas pelos estudantes e/ou professores são compartilhadas com a equipe local?
04. Quais as contribuições dessa integração?
05. Quais as dificuldades encontradas nesse processo?
06. Quais as sugestões para melhoria dessa integração?
07. Gostaria de acrescentar algum outro comentário sobre o assunto?

**Mapeamento da Distribuição da Academia nos Serviços de Saúde da
Atenção Básica de Marília, 1º semestre de 2012.**

Região/Unidades	Instituição de Ensino e Curso
Norte	
UBS Santa Antonieta	(sem estágio)
UBS JK	Instituição C (4º ano de Medicina) Instituição D (Residência Urgência/Emergência)
UBS Castelo Branco	Instituição C (Enfermagem) Instituição B (Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia)
UBS São Judas	(sem estágio)
USF Figueirinha	Instituição D (1º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem
USF Aniz Badra	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem) + Residência Urgência/Emergência
USF Parque das Nações	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem)
USF Vila Barros	Instituição D (1º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem + R2Multiprofissional
USF Jânio Quadros	Instituição D (1º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem
USF JD Renata	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem + Instituição C (Medicina)
USF Palmital	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem + R2Multiprofissional
USF Vila Nova	Instituição D (1ºano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem
USF Santa Antonieta II	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem) + R1Enfermagem
USF Julieta	Instituição D (1º ano medicina e enfermagem) + R1Multiprofissional + Instituição C (Medicina)
PA Norte	Instituição C (Medicina) + Instituição D Residência Multiprofissional
Sul	Instituição de Ensino e Curso
UBS Nova Marília	Instituição C (Medicina) + Instituição B (Fisioterapia) + Instituição D Medicina
UBS Planalto	Instituição C (Medicina)
UBS Costa e Silva	Instituição D Enfermagem
USF CDHU	(sem estágio)
USF Vila Hípica	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem)
Clinica da Família Sta Paula,Marajó,3Lagos	Implantando novo modelo (sem estágio)
USF Três Lagos	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem)
USF Santa Augusta	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem) + Residência Urgência/Emergência
USF Tóffoli	Instituição D R1Multiprofissional
USF Parque dos Ipês	Instituição D (2º ano medicina e enfermagem)
USF Vila Real	Instituição D (1º ano medicina e enfermagem)
CAPS	Instituição B (Terapia Ocupacional) + Instituição D Residência Multiprofissional + Psiquiatria+ Aprimoramento Enfermagem Psiquiátrica e Psicologia
PA Sul	Instituição D Residência Multiprofissional

Região/Unidades	Instituição Ensino e Curso
Leste	
UBS Cascata	Instituição C (Enfermagem)
USF Aeroporto	Instituição D UPP 2º ano
USF Altaneira	Instituição D UPP1º ano
USF Novo Horizonte	Instituição D UPP1º ano
CEREST	Instituição B Terapia Ocupacional + Instituição A Enfermagem do Trabalho
Banco de Leite Humano	Instituição C (Enfermagem + Nutrição)
Unidade Municipal de Fonoaudiologia	Instituição D Residência Multiprofissional
Oeste	Instituição Ensino e Curso
UBS Alto Cafezal	Instituição C (Enfermagem + Medicina)
UBS Chico Mendes	Instituição C (Enfermagem + Medicina)
UBS Bandeirantes	Instituição C (Medicina) UNIDADE PILOTO
UBS São Miguel	Instituição C (Enfermagem + Medicina)
USF JD Cavallari	Instituição D UPP4º ano + Instituição C (Medicina)
USF JD América IV	Instituição D UPP4º ano + Instituição C (Medicina)
USF Teruel	Instituição D UPP4º ano + Instituição C (Medicina)
USF JD Marília	Instituição D UPP4º ano + Instituição C (Medicina)
PROIID	Instituição D R1Medicina e Enfermagem
Rural	Instituição Ensino e Curso
USF Avencas/A.Amaral	Instituição C (Medicina)
USF Campo Belo	Instituição D Residência Multiprofissional com o NASF
USF JD Flamingo	Instituição D UPP4º ano + Instituição C (Medicina)
USF Rosália	Instituição D Residência Multiprofissional com o NASF
USF Lácio	Instituição D UPP1º ano
USF Padre Nóbrega	Instituição D UPP1º ano



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Março de 2012

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Cristina Toshie M. Kuabara
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 200/12, intitulado: "A. Integração Ensino-Serviço na Perspectiva do Profissional da Saúde no Contexto da Atenção Básica", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/03/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos