

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

PATRÍCIA REGINA DE SOUZA SALES

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL ESCOLA**

MARÍLIA

2013

Patrícia Regina de Souza Sales

Integração ensino-serviço na formação de enfermeiros em um hospital escola

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

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

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Rodrigues da Silva Filho

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

Sales, Patrícia Regina de Souza

Integração ensino-serviço na formação de enfermeiros em um hospital escola / Patrícia Regina de Souza Sales. - - Marília, 2013.
66 f.

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

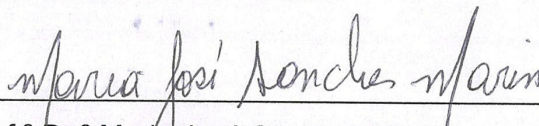
1. Serviços de integração docente-assistencial. 2. Formação de recursos humanos. 3. Hospitais de ensino. 4. Educação superior. 5. Estudantes de enfermagem.

Patricia Regina de Souza Sales

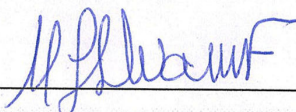
Integração ensino-serviço na formação de enfermeiros em um hospital escola

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em "Ensino em Saúde", da Faculdade e Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre.

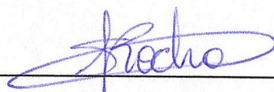
COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Marília



Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Faculdade de Medicina - Universidade Estadual Paulista



Prof.^a Dr.^a Silvia Franco da Rocha Tonhom
Faculdade de Medicina de Marília

Data da aprovação: 19/06/2013

Dedico este trabalho a Deus, à minha querida filha Gabriela, à minha mãe Maria ao Ângelo e, em especial, ao meu esposo Luís pelo carinho, compreensão e cumplicidade durante essa importante trajetória.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin pela paciência, compreensão, amizade e, principalmente pelos ensinamentos que serão fundamentais para a minha vida profissional e pessoal.

Ao meu Coorientador Prof. Dr. Carlos Rodrigues da Silva Filho, pelo auxílio nas minhas angústias e pela forma profissional e ética de atuação.

As professoras Silvia Franco da Rocha Tonhom e Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira pelas sugestões essenciais no processo de finalização desta pesquisa.

As Bibliotecárias Helena Maria da Costa Lima e Josefina Barbosa de Faria e a Auxiliar Aline Redígolo Silva pelo apoio na elaboração e formatação das referências e também pela disponibilidade e competência.

Ao Diretor Geral da Faculdade de Medicina de Marília Prof. Dr. Paulo Roberto Teixeira Michelone e o ex-diretor Prof. Dr. José Augusto Alves Ottaiano, por não medirem esforços para a instalação da pós-graduação em nossa instituição.

Ao Coordenador de Pós-Graduação Prof. Dr. Osni Lázaro Pinheiro, pela disponibilidade, atenção e as orientações sempre precisas.

Ao amigo Dr. Francisco Venditto Soares, que permitiu a consecução deste sonho autorizando a minha liberação para cursar as disciplinas.

Ao amigo e chefe Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa, pelo apoio, orientação e, principalmente pela segurança passada durante os inúmeros momentos de desespero e angústia.

A minha amiga e chefe Enf.^a Sandra Maria Camillo Barros de Melo, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo apoio.

A Secretaria de Estado da Saúde, pelos investimentos feitos em nossa instituição, o que tem permitido aprimorar e capacitar profissionais pra atuar no cuidado a população.

*“O tempo é algo que não volta atrás.
Por isso, plante seu jardim e decore sua alma,
ao invés de esperar que alguém lhe traga
flores”.*

(William Shakespeare)

RESUMO

Neste estudo propõem-se a compreender a integração ensino-serviço, na formação de enfermeiros, incluindo as atividades que são desenvolvidas, os aspectos positivos e negativos, além das sugestões de melhoria, a partir da visão dos principais atores envolvidos no processo. No seu desenvolvimento utilizou-se da modalidade de pesquisa qualitativa e como referencial de análise a hermenêutica dialética. Participaram do estudo oito docentes de enfermagem, oito enfermeiros assistenciais que são professores colaboradores e oito estudantes da 4ª série de um Curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, que conta com um complexo hospitalar certificado como hospital de ensino. Os participantes responderam a um questionário com questões fechadas referentes aos dados sócio-demográficos e questões abertas sobre as atividades que desenvolvem, pontos positivos, dificuldades e sugestões para a integração ensino-serviço. Constatou-se, na estruturação das atividades, a existência de espaços de encontro entre os atores, a construção do conhecimento a partir das vivências da prática profissional, possibilitando o desenvolvimento do cuidado individual, coletivo e de gestão. Destaca-se ainda que a integração ensino-serviço estimula os profissionais do serviço à busca de novos conhecimentos e à pesquisa, contribui para mudanças na prática e para o comprometimento dos estudantes com o local de atuação. Por outro lado, encontram-se dificuldades nos seguintes aspectos: a incompatibilidade das agendas dos docentes e enfermeiros, pouco envolvimento docente com a prática, sobrecarga e despreparo do enfermeiro para atuar no ensino, além de falta de compreensão da equipe quanto ao papel do hospital de ensino. Para que ocorra a integração ensino-serviço os atores apontam a necessidade de adequação das estruturas e ampliação dos espaços de diálogo, com maior envolvimento e decisões compartilhadas e, ainda, qualificar e valorizar o profissional do serviço. Depreende-se a necessidade de investimentos na qualificação do processo de integração ensino e serviço.

Palavras-chave: Serviços de integração docente-assistencial. Formação de recursos humanos. Hospitais de ensino. Educação superior. Estudantes de enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to understand the teaching-service integration in nurses' education, with developing activities, such as positive and negative aspects checking, and improvement suggestions from main actors' point of view in that process. The qualitative research model was used, as well as the hermeneutics-dialectic as reference for analysis. Eight nursing faculty, eight assistant nurses as collaborator professors, and eight 4th grade students of a Nursing Course in a Higher Education Institution with a recognized school-hospital have taken part in this research. The participants have answered a questionnaire with closed questions about sociodemographic data, and open questions about activities they have been developing, positive aspects, difficulties and suggestions on teaching-service integration. When developing activities, it was realized the meeting places to the actors and the knowledge organization from experiences and professional practice, what provides individual, collective and managerial care development. In addition, teaching-service integration encourages care professionals to look for new acquaintance and research, contributes to practical changes and students' commitment to their acting place. On the other hand, difficulties are found in faculty and nurses agenda due to incompatibility, a little faculty involvement with practice, overloaded and unprepared nurses to teach, besides lack of team's understanding about school-hospital role. To teaching-service integration, actors have pointed suitable structures, increasing of dialogues with greater involvement and shared decisions, as well as a more qualified and better service professional. It may be concluded that investments are needed in qualifying teaching-service integration process.

Keywords: Teaching care integration services. Human resources formation. Hospitals, teaching. Education, higher. Students, nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IDA	Integração Docente-Assistencial
SUS	Sistema Único de Saúde
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
HE	Hospitais de Ensino
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
Famema	Faculdade de Medicina de Marília
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPP	Unidade de Prática Profissional
UES	Unidade Educacional Sistematizada
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
EP	Educação Permanente
PES	Planejamento Estratégico Situacional
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
D	Docente
EC	Enfermeiro Colaborador
E	Estudante

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
3 ESTUDO DE CAMPO	255
3.1 Objetivos	255
3.1.1 Objetivo geral.....	255
3.1.2 Objetivos específicos.....	255
3.2 Método	255
3.2.1 Tipo de estudo	255
3.2.2 Local do estudo	255
3.2.3 População e amostra do estudo	311
3.2.4 Procedimento da coleta de dados	322
3.2.5 Aspectos éticos do estudo.....	333
3.2.6 Análise dos dados	333
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Atividades desenvolvidas na integração ensino-serviço	38
4.2 As potencialidades da integração ensino-serviço	42
4.3 As dificuldades da integração ensino-serviço	44
4.4 As sugestões para a integração ensino-serviço	466
5 CONCLUSÃO	499
6 APÊNDICES	588
6.1 Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados	588
6.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	611
7 ANEXOS	622
7.1 Anexo A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos	622
7.2 Anexo B – Autorização na alteração no instrumento de coleta de dados	

1 INTRODUÇÃO

O acentuado avanço tecnológico e científico das últimas décadas está desencadeando transformações sociais e estabelecendo mudanças no padrão de vida das pessoas, conformando um novo perfil epidemiológico com importantes desafios ao atendimento das necessidades de saúde da população. Neste contexto, se partirmos do princípio de que a atenção à saúde é essencialmente pautada no trabalho humano, a formação dos profissionais torna-se o principal aspecto a ser considerado.

Na prática, entretanto, evidencia-se que a formação desses profissionais tem ocorrido de forma descompassada com as propostas das políticas públicas do setor e com as reais necessidades da população. O enfrentamento dessa situação requer o estabelecimento de uma relação efetiva para integrar a formação com os cenários de atuação dos profissionais.¹

Essa integração vem sendo incentivada desde a década de 60, por meio do movimento da Reforma Universitária, quando foi proposto articular o ensino e o serviço para a formação de um novo perfil profissional, adequado às necessidades sociais. Na década de 70, o Ministério do Trabalho e Previdência Social também enfatizou a importância dessa articulação para a formação, com vistas a se obter um equilíbrio entre a qualidade e a quantidade dos profissionais.²

Concomitante a isso, na área da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária propôs a construção de novos modos de atenção, cujo fundamento principal pautase no princípio da integralidade, favorecendo iniciativas de reformulação do Sistema de Saúde e dos currículos universitários para a formação de profissionais, tendo como estratégia a Integração Docente-Assistencial (IDA).²

O Programa de Integração Docente-Assistencial configura-se, então, como iniciativa do governo federal na tentativa de promover a aproximação dos atores dos diferentes cenários, ajustando o planejamento de saúde e de educação às necessidades sociais e tecnológicas, descrito como a “união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino”.³

Essa ideia inovadora no campo das relações teve sua implantação iniciada na década de 80 em algumas escolas, com a preocupação de romper com a prática hospitalocêntrica e com a valorização do conhecimento do professor, desconsiderando o conhecimento prévio do estudante. Além disso, havia a desarticulação entre o perfil epidemiológico regional e a prática do ensino, ou seja, era uma prática acrítica e dissociada da realidade social das pessoas e da comunidade, que necessitava ser revertida para uma postura mais integral e crítica.⁴

O fortalecimento dessas iniciativas dá-se com o advento da Constituição de 1988 ao estabelecer que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Assim, o Ministério da Saúde assume como função prioritária a formação de recursos humanos para a saúde, com ênfase na formação de profissionais generalistas, com visão humanística e preparados para atuar em um sistema de saúde qualificado e integrado.⁵

Na perspectiva de mudanças na formação dos profissionais da área da saúde, têm-se observado movimentos de transformação dos velhos modelos de ensino e, frente à premissa de reflexão e transformação da articulação ensino-serviço, afirma-se que esses modelos têm oscilado, ao longo das últimas décadas, tanto na intensidade como na concentração em diferentes áreas profissionais.⁶

A integração ensino-serviço está pautada no trabalho coletivo, na pactuação entre estudantes, professores, gestores e trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, tendo como foco a qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade na formação profissional, o desenvolvimento e a satisfação dos estudantes, dos professores e dos trabalhadores que atuam nos serviços.⁷

Nos últimos anos, algumas propostas foram desenvolvidas com o objetivo de incentivar e apoiar a articulação ensino-serviço de saúde e promover mudanças nos cursos de graduação da área. No início da década de 90, com o apoio logístico e de fomento da Fundação Kellog, instala-se o Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde). Esse movimento, pautado na reorganização do setor saúde, visava estimular e apoiar os projetos, com base comunitária, que favorecessem avanços na educação dos profissionais de saúde, na reforma do setor saúde e com forte participação da comunidade nas decisões que interferem em sua qualidade de vida.⁸ Alicerçava-se o fortalecimento da parceria entre ensino e

serviços de saúde e da comunidade para o processo de transformação da formação e das práticas em saúde.

Atrelado a essa nova realidade para o ensino, foi estabelecida a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que propõe inovações e mudanças na educação nacional, visando à reestruturação dos cursos de graduação, sendo com isso extintos os currículos mínimos, passando a serem adotadas as diretrizes curriculares específicas para cada curso, assegurando às instituições de ensino superior a autonomia didático-científica e, ainda, a fixação dos currículos dos cursos e dos programas.⁹

Em 2001, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED) surge como proposta de apoio às escolas médicas que, voluntariamente, pretendiam adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país. O objetivo era estimular as escolas médicas à busca de excelência técnica e de relevância social. Tratava-se de uma ação interministerial, coordenada (MS/MEC), que reafirmava as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos Médicos, para que estes formassem profissionais com competência para terem postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde.

Tal projeto, embora tenha contribuído de forma substancial para avanços na formação médica, não contemplava outros cursos da área da saúde, deixando uma lacuna ao considerar que os pressupostos da política nacional valorizavam apenas interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, numa perspectiva de atender a um novo paradigma de atenção à saúde, com ênfase na promoção da saúde.

Entendendo, então, que existia ainda uma lacuna significativa entre a orientação na formação dos profissionais da saúde e a realidade social e epidemiológica da população, o Governo Federal cria o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, objetivando a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional. O referido programa assegura uma abordagem integral do processo saúde-doença

com ênfase na Atenção Básica e promove transformações na prestação de serviços à população.⁵ Sendo assim, busca-se um deslocamento da assistência individual, focada nas especialidades, para um processo que leve em conta as dimensões sociais, históricas, econômicas e culturais da população.⁹

Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802, é instituído o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), representando uma importante estratégia de fortalecimento da articulação ensino-serviço, tendo ainda uma estreita relação com as ações do Pró-Saúde.

O PET-Saúde tem como propósito auxiliar na consolidação dos grupos tutoriais, na compreensão dos procedimentos de pesquisa científica e na coleta e análise dos dados, além de possibilitar a compreensão de referenciais que subsidiam a atenção à saúde no contexto da atenção básica, bem como dos princípios e diretrizes do SUS e sua integração com a comunidade.¹⁰

Estabelecem-se, então, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, considerando também que, para isso, houve uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no país à luz das tendências internacionais que já propunham inovações na formação dos profissionais de saúde.¹¹

As diretrizes curriculares propõem um novo perfil de profissional: ele deve ter uma boa formação geral e humanista, ser crítico e reflexivo e estar capacitado a atuar em outra perspectiva da assistência por meio de Projetos Político-Pedagógicos construídos coletivamente pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior que devem utilizar metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante e em diferentes cenários, conforme necessidades apontadas em vários estudos.¹²⁻¹³⁻¹⁴

Torna-se premente, então, a utilização de uma ferramenta que consiga promover o fortalecimento das relações entre o ensino e o serviço. Nesta perspectiva, coloca-se, como desejada, a organização do currículo de forma integrada, visando à valorização do espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade - como cenário do processo ensino-aprendizagem -, permitindo ao estudante uma reflexão sobre suas ações e a sua inserção na realidade do trabalho pela problematização de suas vivências, dando significado para o processo de aprender e estímulo para uma aprendizagem mais crítica e reflexiva.¹⁵

Os encaminhamentos para a concretização de mudanças na formação dos profissionais da saúde, principalmente no sentido de criar uma postura mais reflexiva, visando à transformação da interface ensino/trabalho, vêm ocorrendo nas duas últimas décadas, mas ainda são insuficientes para garantir que as necessidades da comunidade sejam plenamente atendidas.⁶

Partindo do princípio da indissociabilidade na relação entre o ensino e o serviço e entendendo que a integração implica diferentes formas de acontecer, não existindo uma compreensão única para o processo de construção de uma nova realidade nas relações dos diversos atores, fica evidente que, para os indivíduos se integrarem pressupõe-se que estejam abertos ao diálogo e ao debate, que aceitem as divergências para que, atores dessa prática, possam construí-la/reconstruí-la com novos formatos.¹⁶

A proposta de integração entre o ensino e o serviço, como base para a formação, tem sua importância pela possibilidade de que estes profissionais tenham uma visão mais ampliada e articulada da realidade social e epidemiológica do sistema local e regional de saúde e, ainda, possam atender às diretrizes previstas no SUS, considerando que a universidade é o local onde emergem e se constroem os conhecimentos que auxiliam na transformação de uma realidade.^{17,18}

Na tentativa de buscar alternativas para auxiliar na construção desta nova condição, algumas instituições fizeram a reformulação de seus currículos, pois, da forma como estava posto e sedimentado o ensino, não seria possível atender às necessidades de saúde nem inserir no mercado de trabalho profissionais em condições e com capacidade para intervir nas realidades vivenciadas.¹⁹

Frente às necessidades de mudanças no modelo de ensino, visando à formação profissional em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, passa-se, então, a priorizar como cenário de ensino a atenção básica em saúde.

Para avançar na construção da integralidade é preciso também operacionalizar tal conceito nos diferentes níveis de atenção e, sendo assim, os hospitais de ensino se conformam em importante elemento na construção dessa nova lógica de atenção.

Os Hospitais de Ensino (HE) emergem na década de 40 com a construção de vários hospitais, denominados de “hospitais de clínicas”, vinculados às faculdades de medicina.²⁰ Em 1974, surge a primeira tentativa de uma política

diferenciada e em busca da aproximação da educação médica com o sistema de saúde, por meio do Convênio Global, instituído pelo MEC-MPAS. Essa política ganha força em 1977 com o agravamento da crise previdenciária e o surgimento de algumas autarquias, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Já em 1981, com o fim do regime autoritário, ocorre a reorientação da política de saúde com a implantação das ações integradas de saúde que objetivavam encontros formais entre as instituições responsáveis por atividades de atenção à saúde e as instituições de ensino superior, principalmente as escolas médicas.^{21,22}

Em 1987, já no auge da Reforma Sanitária Brasileira, a portaria interministerial nº 15, de 22 de maio de 1987, estabelece critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho, exclusivamente para hospitais de ensino. Esses critérios visavam estimular essas instituições a promoverem atividades extramuros, ou seja, levarem todo o domínio científico e tecnológico para auxiliar na atenção à saúde.²³

A Lei orgânica da saúde nº 8080, de 1990, em seu artigo 45, procura regular a inserção do hospital de ensino na rede de atenção à saúde, definindo o que segue: “os serviços de saúde dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados”.²⁴

Já em 2003, os ministérios da Saúde, Educação, Planejamento, Orçamento e Gestão e da Ciência e Tecnologia criam a Comissão Interinstitucional para avaliar e diagnosticar a atual condição dos Hospitais Universitários e de Ensino no país, tendo como missão reorientar e/ou reformular a política nacional para estas instituições, o qual se iniciou a partir de 2004. Esta comissão, como resultado do seu trabalho, estabelece o “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS” com variantes em relação à natureza jurídica e ao vínculo. Em 2007 já estavam contemplados pela nova proposta 213 hospitais em todo o Brasil.²²

Os hospitais de ensino representam os recursos de saúde mais complexos do SUS, em razão dos grandes investimentos públicos e, ainda, por realizarem os procedimentos mais custosos ao sistema. Para a rede de atenção à saúde, é imprescindível o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do

ensino e da assistência, e suas responsabilidades aumentam com o rápido avanço da tecnologia médica.²⁵

De acordo com levantamento realizado pelo Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, no ano de 2008, os Hospitais de Ensino foram responsáveis por 18% das internações de alta complexidade, enquanto toda a rede de hospitais conveniada ao SUS internou 6,3%, ou seja, os hospitais de ensino internaram três vezes mais que toda a rede de hospitais, sendo que as internações de média e baixa complexidade para os HE representaram 82%, ocupando grande proporção dos leitos disponíveis nestas unidades de saúde. Já em nível ambulatorial, os hospitais de ensino realizaram 51% do total de atendimentos na alta complexidade, enquanto os hospitais conveniados realizaram 31%.²⁵

Outro importante papel dos HE está na sustentação e na qualificação da rede de serviços, principalmente no que se refere às relações entre os diversos segmentos do setor saúde, visto que a integração dos HE com a rede está pautada no sistema de referência e contrarreferência, obrigando o estabelecimento de protocolos e de fluxos padronizados, que garantam o atendimento integral ao usuário. Assim, estes modelos acabam por contribuir na formatação do ensino e estabelecem o sincronismo necessário para a integração entre o ensino e o serviço.²⁵

Com isso, embora fique evidente o seu fundamental papel no desenvolvimento da saúde, eles apresentam ainda inúmeros problemas que necessitam de uma avaliação mais contundente. Todo esse processo evolutivo não tem sido suficiente para garantir a ancoragem de estratégias que deem conta da resolução de algumas situações, principalmente as relacionadas à formação para criar uma cultura de articulação entre os processos de ensino e de atenção com vistas aos avanços na direção dos princípios e diretrizes do SUS.²⁵

Além disso, a escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação da relação entre o ensino e a prática, nos serviços de saúde, vêm estimulando a busca por novos conhecimentos, visto que esta intersecção é fator determinante para que o ensino seja de qualidade e que a atenção às necessidades de saúde da comunidade seja contemplada em todas as suas dimensões.²⁶

Diante da situação, questiona-se quais esforços e avanços efetivos vêm ocorrendo na integração ensino-serviço e quais os desafios a serem superados para a efetivação deste processo, considerando as políticas públicas desencadeadas nas últimas décadas em prol dessa articulação.

Este contexto de importante desafio a ser vencido pelas universidades na ressignificação dos processos de ensinar, de aprender e de atuar deve ser monitorado por meio de estratégias que possibilitem o direcionamento adequado das ações.²⁷

Dada a relevância do tema e a necessidade de seu aprofundamento, desenvolve-se, inicialmente, uma revisão sistematizada da literatura com a finalidade de reconhecer e de analisar o desenvolvimento da integração ensino-serviço em diferentes contextos, a qual se encontra descrita a seguir.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Optou-se pela revisão sistematizada da literatura por considerá-la mais apropriada e segura ao contexto da produção científica. Nesta perspectiva, considera-se que o interesse se encontra na produção nacional sobre a temática, uma vez que ela é enfatizada pela política nacional de saúde. A busca deu-se na base de dados do Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS).

Utilizaram-se os descritores: Serviços de integração docente-assistencial “or” integração “and” ensino “and” serviços, no período de 2002 a 2011 e foram obtidas 243 publicações. Após leitura atenta dos títulos e dos resumos, foram excluídos aqueles que não tinham relação direta com a integração ensino-serviço, sendo selecionadas 60 publicações na forma de tese/dissertação, artigos e livros. Destes, foram excluídas duas dissertações, pela dificuldade de compreensão da delimitação do método, bem como pela falta de coerência interna; dois estudos que tratavam de experiências em outros países, além de um livro e de um capítulo, pela abordagem ampla e geral a respeito da temática. Para análise final, foram selecionadas 54 publicações. Na sequência, elaborou-se um quadro síntese dos artigos, contendo os seguintes elementos: objetivo do estudo, tipo de estudo, cenário em que foram desenvolvidos, participantes envolvidos e principais resultados, o que subsidiou a discussão que segue.

Na análise das publicações selecionadas, observa-se que o cenário de atenção mais focado pelos estudos é a atenção básica à saúde, constante em 23 (42,6%) das publicações. Entre os cursos, destaca-se o de Enfermagem, seguido daqueles que abordam mais de um curso e o de Medicina. Entre os 24 estudos que utilizaram entrevistas ou aplicação de questionários, 12 (50%) foram realizados com estudantes, quatro (16,5%) com profissionais de saúde e dois (8,4%) com usuários, sendo que em seis (25%) os dados foram coletados com mais de uma categoria de participantes.

Quanto ao ano de publicação, observa-se que 61,1% foram realizados no período de 2007 a 2011, indicando um crescente aumento de publicações referentes ao tema nos últimos anos.

No que se refere ao tipo de estudo, 29 (53,7%) trata de relato de experiência e reflexão teórica, 21 (38,9%) estudos na modalidade qualitativa, tratando-se de estudo de campo ou de análise documental. Apenas dois (3,7%) estudos utilizaram a modalidade quantitativa e outros dois (3,7%) utilizaram as duas modalidades, ou seja, a qualitativa e a quantitativa.

Os estudos mostraram que a atenção básica figura-se como o principal cenário no fortalecimento e implementação dos princípios e diretrizes do SUS, além de um espaço adequado para a formação. Com isso, é possível que o estudante possa praticar a intersetorialidade e vivenciar o trabalho em equipe. Esse contexto permite, ainda, conhecer e entender as dimensões sociais, biológicas e psicológicas que envolvem o processo de adoecer, bem como, as adversidades e complexidades que limitam as ações na promoção à saúde, prevenção e tratamento das doenças.^{28,29}

Outras publicações utilizadas nesta revisão evidenciam que a participação do estudante nos cenários de prática mostrou a necessidade de mudança no processo de trabalho e contribuiu para uma formação mais crítica e reflexiva. Pôde-se observar maior interesse na produção de pesquisa com foco epidemiológico e na resolução dos problemas da comunidade com uma abordagem mais humanizada. Houve também o fortalecimento da parceria entre as instituições formadoras, no entanto, com escasso envolvimento dos profissionais do serviço com o ensino. As experiências desse cotidiano proporcionam ao estudante compreender de forma real as necessidades de intervenção.^{33, 34, 35, 36, 4}

Aspectos importantes da inserção do estudante no cenário de prática tratam-se do estímulo à busca pelo aprimoramento profissional e a melhoria dos serviços prestados à comunidade.³⁶ Contrapondo-se a isso, observa-se a dificuldade dos profissionais nos cenários de prática em aceitar a presença do estudante e, por outro lado, estudos mostram que os profissionais não são inseridos nas atividades desenvolvidas pela academia, o que contribui para o distanciamento na integração entre o ensino e o serviço.^{37, 38}

Na mesma direção, os estudos de reflexão teórica, 12 (22,2%) do total analisados, apresentam como foco central a importância dessa integração frente à atual Política Nacional de Saúde, além de apontar os desafios a serem enfrentados. Nesta perspectiva, destaca-se que para atuar nessa lógica é preciso haver

“mudanças estruturais e funcionais significativas”, bem como a necessidade de enfrentamento dos desafios, uma vez que, para isso, o currículo terá que considerar a dimensão humana e social da formação profissional e estar em sintonia constante com as necessidades da comunidade, com as transformações sociais, culturais, econômicas e políticas vigentes e com os referenciais éticos em evolução na sociedade.³⁹

Referindo-se aos hospitais de ensino, os autores apresentam as prioridades desse cenário, incluindo a necessidade de integração com outros serviços da rede SUS e a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema. Reforçam ainda que a formação médica deve estimular e valorizar o atendimento e a resolução de problemas mais comuns da área da saúde, cabendo ao hospital de ensino o estabelecimento parcerias com os serviços de atenção primária, com vistas a facilitar o acesso e a integralidade do cuidado.²⁵ A esse respeito discute-se que os hospitais universitários federais, por algumas décadas, tiveram pouco incentivo, fazendo com que funcionassem em condições pouco propícias para a implementação de inovações e de avanços. Em vista disso, foram realizadas inovações na gestão e no financiamento deles a partir do programa de reestruturação dos hospitais de ensino, proposto pelo Ministério da Educação⁴⁰

Estudos com foco no estágio supervisionado analisam a contradição conceitual sob a ótica Diretrizes Curriculares Nacionais ao considerar que diversas atividades desenvolvidas durante o curso de graduação são compreendidas como estágio supervisionado e reforçam a necessidade de se colocar o estudante no cenário real, com vistas a vivenciar o cotidiano dos serviços, em conformidade com as políticas públicas de saúde.^{41, 42}

Em abordagem sobre a importância da interação da Universidade com as diferentes esferas do cuidado, autores sugerem aproximação do ensino e do serviço, destacando a missão das Universidades e de todos aqueles que de alguma maneira atuam na formação do profissional da saúde, propondo capacitação para promoção da saúde integral.⁴³

Sobre a integração ensino-serviço, os estudos analisados fazem referência às metodologias ativas de ensino como estratégias para a formação voltadas ao mundo do trabalho e para as necessidades da população, visando o aprendizado significativo. Nessa perspectiva, toma-se como eixo da formação o *empowerment*,

que leva ao desenvolvimento de competências de acordo com o proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e para que isso ocorra é necessária a ampliação de espaços de diálogo e a sensibilização de todos os atores envolvidos no processo.^{7,44}

Visando ao fortalecimento da formação profissional, os autores colocam, como desafios à formação de profissionais de saúde, tornar a pesquisa-ação e a pesquisa-formação atraentes ao pessoal que trabalha nos serviços de saúde; definir estratégias de formação de seus próprios quadros e a identificação de atores ou grupos nos serviços com interesse comum e, ainda, apoiar a construção de núcleos de estudos e pesquisa nesses espaços.⁴⁵

Ao resgatar a historicidade do ensino da enfermagem no Brasil, lembra-se que os cenários de prática sempre se constituíram em espaços de atuação dos estudantes. Conclui-se que os processos de ensino nos cenários de prática têm sido departamentalizados, pois alunos e professores de diferentes áreas realizam atividades isoladamente, que os processos são verticalizados e que há grande distanciamento entre os atores do ensino e do serviço.⁴⁶

Referindo-se aos desafios dessa integração, pontua-se que os diferentes atores sociais envolvidos no processo, “direta ou indiretamente, não escapam aos fundamentos morais que enfaixam os movimentos histórico-culturais” e reafirmam, portanto, que a implantação da ESF e da reforma curricular não são suficientes para promover mudanças processuais.⁴⁷

Estudo que discorre sobre as propostas de novos cenários de prática no âmbito do ensino de medicina faz reflexões sobre a necessidade de reorganizar currículo, incorporando efetivamente cenários além do hospitalar, e de articulá-los com a rede pública de saúde e comunidade, construindo relações que considerem diferenças sociais, culturais e comportamentais.⁴⁸

Por fim, um dos estudos selecionados na modalidade reflexiva discute aspectos gerais da integração ensino-serviço, incluindo a necessidade de mudanças pedagógicas, de implementação das diretrizes curriculares, de evidenciar a importância da integração entre academia e hospitais universitários e com a atenção básica e, ainda, de se propiciar Educação Permanente para equipes e capacitação dos preceptores, salienta-se que para isso é preciso planejamento participativo, por meio do modelo de co-gestão.⁴⁹

Como se observa, os estudos de reflexão teórica enfocam distintos aspectos da integração ensino-serviço e trazem à luz importantes considerações a serem analisadas no enfrentamento dos desafios impostos nessa construção. Ressaltam a importância da inserção precoce do estudante na prática profissional, da diversificação dos cenários de ensino, do processo de ensino a partir da prática e da aproximação entre os atores do ensino e do serviço. Para tanto, discute-se a importância de se reconhecerem os aspectos históricos e culturais envolvidos nesse processo, bem como a capacitação e a implementação de Educação Permanente de todos os envolvidos.

Os demais estudos analisados, que se caracterizam como estudo de campo, na modalidade qualitativa ou quantitativa, propõem-se a analisar/descrever/compreender experiências de integração ensino-serviço, envolvendo estudantes, profissionais dos serviços, usuários e docentes. Nesses estudos, há uma ampliação da visão a respeito dessa integração, uma vez que se captam distintas visões e opiniões dos sujeitos envolvidos no processo, com ênfase nas vantagens, nas dificuldades e nas alternativas de superação para os desafios.

A esse respeito, estudo que utilizou a análise documental e entrevistas com atores envolvidos na implantação de programas que visam à integração docente-assistencial descreve importante avanço nas relações entre a Universidade e a gestão local do SUS, ocorridas por meio da redefinição e da valorização dos papéis destas instâncias. No entanto, destaca-se que as relações intrainstitucionais permanecem como um desafio a ser superado frente ao conservadorismo do ambiente universitário.⁵⁰

Ao ser analisada a percepção de profissionais de saúde sobre as contribuições da articulação ensino e serviço para a implantação da Vigilância da Saúde, identifica-se a falta de um projeto político do município voltado para a questão e que a academia poderia contribuir na sua elaboração. Os autores consideram que para mudanças nas práticas assistenciais é necessária a construção de estratégias em parceria (gestores, trabalhadores, docentes e estudantes).⁵¹

Na mesma direção, outros estudos também identificam a necessidade de aproximação entre os distintos atores do mundo do trabalho e do ensino, de reflexão conjunta sobre temas que permeiam esta construção, de compartilhamento de

saberes, da revisão das estruturas dos serviços e da co-responsabilização na produção em saúde.^{52,53}

Na relação entre academia e serviço, encontra-se que os profissionais do serviço ajudam quando solicitados e favorecem o campo de prática para professor e aluno mediante seleção de pacientes com casos clínicos importantes, cedendo espaço ao aluno e também à troca de experiências. As ações desenvolvidas pelos docentes resumem-se a prestar assistência, distribuir tarefas, supervisionar a prática e acompanhar os alunos. Os alunos, por sua vez, exercem atividades predominantemente técnicas. Depreende-se, portanto, a necessidade de haver fortalecimento da parceria.⁵⁴

Fica evidente que as contribuições do ensino para o serviço ocorrem de formas isoladas e descontextualizadas. Outro fator que impacta de forma negativa é a falta de uma política de recursos humanos voltada para a integração ensino-serviço.^{51, 55, 56, 57} Acrescenta-se a falta de pessoal, falta de esclarecimento dos objetivos da ação e organização ou programação para sua realização e falta de domínio por parte dos docentes sobre questões assistenciais.⁵⁸

Ressalta-se, nesses estudos, que caminhos ainda precisam ser percorridos para que de fato o ensino e o serviço de saúde sejam processos complementares. Para tanto, parece que, de início, é preciso repensar desde a estrutura física, pois o planejamento das ações deve ocorrer de forma co-participativa, em um modelo de co-gestão, passando pela capacitação dos profissionais tanto do serviço como da academia para o exercício do papel complementar. Além disso, deve haver um acompanhamento sistemático, por meio de avaliação dos processos, para que sejam identificados novos problemas e novas propostas, já que se trata de uma proposta inovadora, que se insere em cenários diversos, complexos e para a qual não existem receitas prontas.

Visando contribuir com essa discussão, considerando que o Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília encontra-se em pleno desenvolvimento de um currículo com foco na integração ensino-serviço, que são poucos os estudos que discutem tal proposta no cenário hospitalar e a vivência desse processo faz parte do cotidiano do autor principal do presente estudo, além dos questionamentos anteriormente pontuados, este estudo propõe-se a realizar

uma pesquisa de campo, envolvendo a visão dos atores que vivenciam essa realidade.

3 ESTUDO DE CAMPO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo geral

Compreender a integração ensino-serviço na formação de enfermeiros, em um hospital escola, na visão dos Docentes, Enfermeiros Colaboradores e Estudantes de Enfermagem.

3.1.2 Objetivos específicos

Verificar as ações desenvolvidas em prol da integração ensino-serviço;
Identificar os aspectos positivos e negativos da integração ensino-serviço, bem como as sugestões para sua melhoria, na ótica dos atores envolvidos neste processo.

3.2 Método

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, o que permite relatar experiências, crenças e expectativas, anunciando novas possibilidades, intenções e projetos.

3.2.2 Local do estudo

O local do estudo significa o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do objeto de estudo. Compreende o contexto em que se desenvolve o objeto, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos sobre ele.⁵⁹

Portanto, o campo de estudo desta pesquisa trata do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Marília é uma cidade de médio porte, localizada no Centro Oeste Paulista, com população estimada em 216.684

habitantes no ano de 2010. Esta região foi se potencializando, em razão da produção de grãos na agricultura e a instalação de grandes indústrias de alimentação, o que contribuiu para a evolução do município em vários segmentos, sendo que o destaque maior foi para a área da saúde, passando a referência regional.

O município conta com uma rede estruturada de saúde nos três níveis, ou seja, primário, secundário e terciário. No nível primário, estão em funcionamento 32 Unidades de Saúde da Família (USF), 12 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST), as quais constituem a porta de entrada ao sistema, sendo que aproximadamente 50% da população dispõem de cobertura da Estratégia Saúde da Família e, ainda, conta com as demais UBS. Além disso, há dois Prontos Atendimentos, sendo que um funciona durante 24 horas e outro, que tem atendimento diferenciado (de 2^a a 6^a feira, até à uma hora da manhã e, aos sábados, domingos e feriados, até às dezenove horas) e um Programa de Internação Interdisciplinar Domiciliar (PROIID). Já no nível secundário, a rede está estruturada com dois ambulatórios de especialidades, uma maternidade, um hospital especializado em saúde mental e um hospital geral ligado a uma de instituição ensino privada. Na atenção terciária, o município dispõe de três hospitais, sendo um clínico cirúrgico, um materno infantil e outro geral.⁶⁰

A Famema é uma instituição de ensino superior que conta atualmente com os cursos de Medicina e de Enfermagem. A faculdade foi criada em 19 de janeiro de 1966, pela Lei Estadual nº 9.236, como instituto isolado de ensino superior. Seu funcionamento foi autorizado em 30 de janeiro de 1967, na condição de Instituição Pública Municipal de Ensino Superior, de acordo com a Lei Municipal nº 1.371, de 22 de dezembro de 1966, tendo como mantenedora uma Fundação de apoio. O Curso de Enfermagem foi criado em 1981, sendo autorizado e implementado pelo Decreto Federal nº 85.547/81. Foi também reconhecido pela portaria MEC 365/89. Os Cursos de Enfermagem e Medicina oferecem atualmente 40 e 80 vagas anuais, respectivamente.⁶¹

O complexo hospitalar da Famema encontra-se distribuído em três unidades que funcionam em prédios distintos, sendo o Hospital das Clínicas Unidade Clínico Cirúrgica com 112 leitos; o Hospital Materno Infantil, com 105 leitos; Hospital São Francisco com 58 leitos. Além disso, conta com Hemocentro, Ambulatório de

especialidades Mário Covas, Instituto de Olhos, Unidade de Oncologia e, em fase de construção, um Centro de Reabilitação. Tal complexo foi certificado pela Portaria Interministerial nº 2.400/2077, como hospital público e de ensino.

A faculdade também possui um convênio de Cooperação Técnica com a Secretaria de Estado da Saúde, que visa à gestão de um Hospital Regional com 80 leitos, localizado na cidade de Assis, distante de Marília aproximadamente 70 km. Esses espaços constituem cenários de ensino-aprendizagem para os estudantes de enfermagem e medicina e, além disso, a instituição mantém parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com vista a proporcionar a diversificação de cenários, e possibilitar a formação de profissionais generalistas com ênfase na atenção básica, conforme proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Em sua trajetória, a Famema sempre esteve atenta aos movimentos nacionais que apontaram para as necessidades de avanços na formação dos profissionais da saúde. Na década de 80, foi notória a preocupação em articular o ensino e o serviço e reduzir a dicotomia teoria/prática ao implementar a Integração Docente Assistencial (IDA), o que tornou possível maior envolvimento dos docentes com a assistência e gerência dos serviços de saúde nos diferentes campos de estágio.

Em 1992, a faculdade foi selecionada pela Fundação W.K.Kellogg para receber apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de um projeto baseado na parceria entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade. Este projeto chamado UNI - Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde - representou um importante apoio ao desenvolvimento curricular dos Cursos de Medicina e Enfermagem, possibilitando a capacitação docente e a construção de um novo projeto educacional.

Em 1994, a faculdade foi estadualizada e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual nº 8898, de 27.09.1994, criou a autarquia Faculdade de Medicina de Marília. Atualmente, a faculdade é, então, uma autarquia do Governo do Estado de São Paulo, ligada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico e Turismo. A estadualização possibilitou a reorganização institucional e a superação das inúmeras crises econômico-financeiras enfrentadas desde o início dos anos 90 e impulsionou também a efetivação da reformulação do currículo dos dois cursos.

No Curso de Enfermagem, o projeto político-pedagógico, que começou a ser implementado em 1998, partiu de um perfil profissional que se desejava formar. Para isso, buscou-se compreender o currículo numa perspectiva integrada que favorecesse a articulação teoria/prática e trabalho/ensino.⁶¹

A concepção pedagógica adotada foi respaldada na concepção crítico-reflexiva de educação, que considera o estudante um sujeito ativo e participativo no processo de ensino-aprendizagem, buscando-se com isso que a aprendizagem seja significativa.⁶²

No currículo proposto em 1998, as disciplinas deixaram de ser oferecidas separadamente para integrar-se em Unidades Educacionais, nas quais os conteúdos são desenvolvidos em sequências de atividades contextualizadas com a realidade prática vivenciada pelo estudante. A Unidade Educacional torna-se, portanto, a célula organizacional do currículo e sua construção partem de conceito(s)-chave(s) para o estabelecimento de propósitos, desempenhos e estratégias de ensino-aprendizagem. Dessa forma, foram propostas, nas quatro séries, 22 unidades educacionais. Em sua avaliação, ocorrida durante o processo de ensino-aprendizagem e que contou com a participação dos estudantes e docentes, sentiu-se a necessidade de maior integração entre as unidades educacionais e identificaram-se fragilidades na articulação ensino/serviço e teoria/prática. Surge, então, a ideia de integrar as Unidades Educacionais das séries.⁶³

Nesse movimento de organização do currículo integrado, passou-se a avançar gradativamente na articulação teoria/prática, trabalho/ensino e disciplinas das áreas básicas e específicas de enfermagem. A integração das dimensões biopsicossociais é outro aspecto salientado, pois se busca a formação de profissionais de saúde que atuem de acordo com esse princípio.

Passou-se, assim, a incluir, na descrição curricular, a noção de competência na abordagem dialógica, a qual trabalha com o desenvolvimento de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, tarefas essenciais e apontar características de uma determinada prática profissional.⁶⁴

No Curso de Enfermagem, procura-se desenvolver, ao longo das quatro séries, as seguintes áreas de competência: área do cuidado à saúde (cuidado individual e cuidado coletivo); área da gestão do cuidado em saúde e área da

investigação científica. Em cada uma delas, os estudantes desenvolvem ações que apresentam um grau de complexidade crescente ao longo das séries. É importante ressaltar sua aproximação com o Curso Médico, uma vez que, nas duas primeiras séries, as atividades são desenvolvidas conjuntamente, respeitando-se o ciclo metodológico da aprendizagem significativa e guardando a especificidade profissional na prática.⁶³

Conforme se observa no Quadro 1, a estrutura curricular do Curso de Enfermagem, conta com a Unidade de Prática Profissional (UPP) e a Unidade Educacional Sistematizada (UES), cujo propósito é promover o desenvolvimento de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que possam ser mobilizados e integrados para a realização de tarefas. Estas visam à identificação de necessidades de saúde de indivíduos, de famílias e de coletividades.

A UES segue a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e busca oportunizar maior elaboração de processos cognitivos relacionados a situações-problema apresentadas nos diferentes cenários de aprendizagem, com a manutenção do olhar ampliado para as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, com ênfase no processo saúde-doença, validando experiências e promovendo aprendizagem significativa.

A UPP, que acontece no cenário real e se utiliza da metodologia problematizadora no seu desenvolvimento, possibilita ao estudante o confronto com a realidade, pois são eleitas situações a serem problematizadas em momentos de discussão grupal. Na sequência, definem-se as lacunas de conhecimento, elaboram-se as questões de estudo que irão direcionar os estudantes na busca de informações. Em grupo, é realizada a socialização das informações encontradas, elaborando-se a uma nova síntese, que permite intervenção junto às pessoas, à família e à comunidade e, com isso, define-se o ciclo pedagógico.

Quadro 1 - Grade Curricular do Curso de Enfermagem

3.2.2.1.1.1 Unidade	Carga Horária
1ª Série	
Necessidades de Saúde 1	720
Prática Profissional 1	720
Total 1ª Série	1440
2ª Série	
Necessidades de Saúde 2	640
Prática Profissional 2	640
Unidade Educacional Eletiva 1	240
Total 2ª Série	1520
3ª Série	
Prática Profissional 3 - Cuidado ao indivíduo hospitalizado	1280
Unidade Educacional Eletiva 2	240
Total 3ª Série	1520
4ª Série	
Prática Profissional 4 - Estágio Supervisionado em Serviços da Rede Básica	680
Prática Profissional 4 - Estágio Supervisionado em Serviços Hospitalares	680
Unidade Educacional Eletiva 3	240
Total 4ª Série	1600
Carga Horária Total	6080

Fonte: Faculdade de Medicina de Marília.⁶¹

Além disso, a partir da segunda série, o currículo conta com a unidade educacional eletiva, a qual, embora o estudante tenha a liberdade de escolha do local, a maioria a realiza nas unidades assistenciais do complexo Famema.

Tanto as unidades educacionais sistematizadas como as unidades de práticas profissionais, da primeira a quarta séries, estão fundamentadas na metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Assim, o processo educacional considera o conhecimento e as experiências prévias, estimula a aprendizagem autodirigida, busca a análise crítica de informações, a construção de novos saberes e o trabalho em grupo. Com isso, na quarta série, os estudantes executam estágios supervisionados em Serviços Hospitalares e Rede Básica.⁶¹

No desenvolvimento dessa lógica curricular, a vivência da prática profissional pelo estudante é considerada uma condição essencial, uma vez que possibilita a reflexão sobre a realidade, com vistas à construção do conhecimento e

à transformação das práticas. Para tanto, incentiva-se a participação e o envolvimento dos profissionais dos serviços como professores colaboradores, os quais acompanham os estudantes e integram-se a grupos de Educação Permanente (EP), visando avançar no movimento de práxis.

O processo de EP é compreendido como a incorporação da organização na lógica do aprender e do ensinar, passando a fazer parte do cotidiano e das rotinas destas instituições. Utiliza aprendizagem significativa e se desenvolve a partir dos problemas diários que ocorrem no trabalho, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes das equipes, sendo que o objetivo principal é o envolvimento dos atores sociais, focando a qualidade dos serviços prestados.⁶⁵

Com isso, a Educação Permanente na instituição reúne membros das equipes que atuam no cuidado e na docência. As reuniões ocorrem quinzenalmente, com duração de uma hora em média. Estas reuniões são coordenadas por um facilitador e os trabalhos são conduzidos para a reflexão sobre as questões trazidas pelo grupo e para a propositura de soluções; os trabalhos são encerrados com uma avaliação acerca do desenvolvimento do grupo e dos resultados obtidos.⁶⁵

3.2.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros do complexo Famema que atuam como professores colaboradores nos cenários de prática dos estudantes da 4ª série, sendo que dos 121 enfermeiros do complexo, 19 exercem tal atividade. Ainda, fizeram parte da população do estudo, os docentes do curso de enfermagem que fazem a supervisão dos estudantes da quarta série no cenário de prática, sendo que num total de 35 docentes, 10 desenvolvem tal atividade, além dos 40 estudantes da quarta série do Curso de Enfermagem.

Participaram do estudo oito elementos de cada segmento, ou seja, oito docentes, oito enfermeiros colaboradores e oito estudantes da 4ª série do Curso de Enfermagem, constituindo a amostra do estudo. Considera-se que, na pesquisa qualitativa, a quantidade de pessoas abordadas deve permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de

pesquisa. A continuação da pesquisa torna-se, portanto, pouco produtiva ou até mesmo inútil dependendo do período de insistência na continuidade.⁶⁶ Acrescenta-se, ainda, que: “a avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados”.⁶⁶

Como critério de inclusão foi considerado que o profissional deveria ter pelo menos dois anos de atuação na instituição e a amostragem deu-se por conveniência, ou seja, participaram do estudo aqueles profissionais que tinham experiência com supervisão de estudantes nos cenários de práticas.

Na amostragem por conveniência, que é um ramo da amostragem não probabilística, o pesquisador seleciona sua amostra de acordo com a acessibilidade. Este tipo de amostragem é utilizado em estudos exploratórios ou qualitativos em razão da sua facilidade de aplicação aos participantes da pesquisa.⁶⁷

3.2.4 Procedimento da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio, por meio de um questionário com questões semi-estruturadas referentes à identificação dos participantes e à integração ensino-serviço na formação de enfermeiros no hospital de ensino, considerando as atividades que desenvolvem com esse foco, bem como as dificuldades, pontos positivos e sugestões para tal integração (Apêndice A). Para aplicação do instrumento, inicialmente foi feito contato por telefone ou pessoalmente e marcado horário e local com o participante. De acordo com tal combinação, o pesquisador foi até o local, ocasião em que explicava a finalidade da pesquisa, entregava-lhe o instrumento, com o cuidado de indicar um local privativo e com condições para que respondesse sem interferências.

As respostas foram emitidas em forma de narrativas escritas, o que permite aos participantes relatar experiências, crenças e expectativas, anunciando novas possibilidades, intenções e projetos. A opção pela narrativa escrita deve-se ao seu potencial disciplinador do discurso liberado, permitindo, com maior força que a

expressão oral, a compreensão das determinações e limites do vivido.⁶⁸ Essa forma de narrativa tem-se mostrado capaz de possibilitar a reflexão sobre a prática, fixar a ação em seu contexto, explicitar a compreensão dos participantes envolvidos, permitindo-lhes retomar a experiência vivida.⁶⁹ Acrescenta-se que toda atividade humana envolve o uso da linguagem, a qual se concretiza sob a forma de textos orais ou escritos que refletem as condições específicas e as metas de diversas áreas. “A escrita de situações vividas apresenta-se como o recriar dessas mesmas experiências de uma forma tão intensa que o sentido posterior que lhes é dado aprofunda e esclarece a própria experiência”.⁷⁰ O tempo despendido para as respostas foi de aproximadamente 30 minutos.

Após a devolução de cada questionário respondido pelo participante, o pesquisador realizou a leitura e, na sequência, aplicou os demais questionários, pois a preocupação estava na obtenção da saturação das respostas. Essa saturação ocorreu na aplicação do sexto questionário nas três categorias, ou seja, docentes, enfermeiros assistenciais e estudantes. Então, optou-se por aplicar o questionário em mais dois participantes para garantir o rigor científico da pesquisa.

3.2.5 Aspectos éticos do estudo

A proposta de investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob parecer nº. 178/12. Os participantes foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo e, quando de acordo em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁷¹

Para garantir o anonimato dos participantes, as falas citadas foram codificadas (Docente – D; Estudante – E; Enfermeiro Colaborador - EC) e, na sequência, numeradas de acordo com a ordem da entrevista.

3.2.6 Análise dos dados

A análise dos dados, resultante das narrativas dos participantes, pautou-se na hermenêutica dialética pela possibilidade de compreender os fenômenos na sua complexidade e historicidade.

Em ensaio reflexivo sobre a hermenêutica e a humanização das práticas em saúde, destaca-se ser esta uma ótica que possibilita a compreensão do discurso tecnoassistencial presente no atual modelo, bem como seus obstáculos e, nessa perspectiva, construir saberes que respondam às atuais necessidades. No mesmo texto o autor faz um resgate conceitual dos elementos da hermenêutica, que vem ao encontro das explicações que julgamos necessárias para a utilização do referencial no presente estudo.⁷² Partilhando da lógica hermenêutico-dialética enquanto um caminho para a compreensão e a crítica de processos sociais complexos, como os que envolvem o processo saúde e doença, Minayo também traz importantes contribuições para esse entendimento, tanto no resgate histórico como no aspecto conceitual.⁵⁹

Para a autora, o termo hermenêutica, que etimologicamente está ligado a Hermes, deus grego que interpretava as mensagens do Olimpo para o povo, embora utilizado com práticas e referenciais distintos de sua origem, resguarda “o seu sentido de *‘lato ato de interpretação e compreensão’*”.

A perspectiva hermenêutica preocupa-se com a compreensão do texto que pode ser oriundo de biografia, narrativa, entrevistas, documentos, livro, entre outros. Tendo como unidade temporal o presente, “marca o encontro entre o presente e o passado, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem”. Reconhece-se, no entanto, que a linguagem nem sempre é totalmente transparente em si mesma, com possibilidade de entendimento parcial ou de não entendimento.⁵⁹

A teoria hermenêutica tem origem no movimento do Renascimento, como uma série de princípios e métodos para a interpretação de obras não contemporâneas e, a partir da articulação de regras regionais interpretativas que contemplaram três grandes áreas, “a exegese dos textos bíblicos, o trabalho filológico de interpretação de obras clássicas e a interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis”, que ocorreu no romantismo alemão, “teve origem uma única ciência e arte: compreensão em geral”.

Na trajetória de sua constituição, enquanto uma linha filosófica de compreensão da existência, o segundo passo foi direcionado por Dilthey (1833 - 1911), que sustentava a ideia de que as ciências humanas seriam sempre reflexivas, o que inclui o sujeito com potencial para influenciar e ser influenciado por ela. Ao admitir tal interferência, propõe a “incorporação das consequências lógicas e metodológicas dessa inevitável circularidade histórica do conhecimento humanístico e confere consistência e validade aos processos (auto) compreensivos que dão objetividade aos fenômenos humanos”.⁵⁹

A autora descreve ainda que, num movimento de ampliação pautado na “proposição de Heidegger de que a compreensão, em sua circularidade e reflexividade, não é apenas um modo de conhecer o humano, mas o próprio modo de ser humano”, a hermenêutica contemporânea passa a ser considerada como “reflexão metadiscursiva que funda, na linguagem, a compreensão não apenas das obras humanas, mas das próprias realidades humanas”.

Ainda assim, enxergam-se limites na fundamentação de uma interpretação emancipatória dos fatos humanos, uma vez que não incorpora o movimento da crítica na reconstrução do discurso e do seu sentido prático. Frente a isso, a hermenêutica passa a ter uma visão dialética, o que passa a constituir a hermenêutica crítica ou hermenêutica-dialética.^{73,74}

A “dialética, por sua vez, incorpora a ideia de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da realidade social, o que possibilita múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão” do texto analisado.⁵⁹

“A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação em que o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e em que o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais”.⁵⁹

Em síntese, a união da hermenêutica e da dialética para a compreensão e crítica da realidade se complementa no momento em que a primeira permite “o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na

qual ocorrem e a segunda por sublinhar a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido”. Em conjunto, representam um movimento necessário à produção de racionalidade em relação aos processos sociais constituídos de complexidade.

O método de análise da hermenêutica dialética é descrito como uma forma de reflexão, um caminho do pensamento, que tem como norte a aproximação com a práxis social, aprofundamento na práxis histórica, social, econômica e política na busca de uma visão de totalidade para a compreensão do fenômeno. Nesta perspectiva, compreende-se que o investigador deve imergir no texto na busca de desvelar o que ficou inconsciente para o autor, bem como criar relevâncias e acrescentar conhecimento novo.⁵⁹

Na análise dos dados pautada no marco da hermenêutica dialética, buscou-se recuperar o percurso delineado, considerando a possibilidade de apreender as dimensões históricas e práticas, por meio do explicitado e do subjacente às narrativas, permitindo, assim, novos olhares e caminhos em direção à integração docente-assistencial na formação de enfermeiros.

Para interpretação dos dados na ótica da hermenêutica-dialética, Minayo apresenta um caminho possível, pontuando que o pesquisador deve preocupar-se em “diferenciar a compreensão do contexto da comunicação da compreensão do contexto do pesquisador”; explorar e deduzir as definições da situação a partir do mundo da vida do autor e de seu grupo social; compreender por que o autor do texto apresenta suas razões dessa forma e não de outra e entender o texto sem julgar ou tomar posição em relação a ele. Desta forma, busca-se a compreensão do texto nele mesmo.

Nesta trajetória, a partir da obtenção das narrativas dos participantes, essas foram organizadas pela própria pesquisadora, em um quadro que permitiu a visualização dos dados, por participante, de acordo com as questões realizadas, o que foi considerado como o momento “de encontro com os fatos empíricos e a ordenação dos dados”. Num segundo momento, que Minayo considera como de “*classificação dos dados*”, que consiste em compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir de questionamentos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos, foram identificadas as estruturas relevantes das narrativas dos participantes, as quais foram agrupadas em núcleos de sentido. Por

fim, “a análise final”, acontece no momento que se estabeleceu a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, num movimento dialético que considera a divergência, a contradição, o concreto e o abstrato, o particular e o geral, visando chegar ao concreto pensado.⁵⁹

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, encontra-se a distribuição dos participantes do estudo de acordo com gênero, faixa etária e tempo de atuação na área. Observa-se que a maioria é do sexo feminino. Os docentes são aqueles que têm mais tempo de atuação na área, além de pertencerem às faixas com maior idade.

Tabela 1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes da pesquisa (docentes, enfermeiros assistenciais e estudantes). Marília, 2012.

Características Sóciodemográficas	Docente		Enfermeiro Colaborador		Estudante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero								
Masculino	2	8,3	0	0,0	1	4,2	3	12,5
Feminino	6	25,0	8	33,3	7	29,1	21	87,5
Total	8	33,3	8	33,3	8	33,3	24	100
Faixa Etária								
20 a 29 anos	0	0,0	2	8,3	8	33,3	10	41,67
30 a 39 anos	1	4,2	4	16,7	0	0,0	5	20,83
40 a 49 anos	3	12,5	2	8,3	0	0,0	5	20,83
50 anos ou mais	4	16,7	0	0,0	0	0,0	4	16,7
Total	8	33,3	8	33,3	8	33,3	24	100
Tempo de Atuação								
2 a 9 anos	2	8,3	6	25,0	8	33,3	16	66,67
10 a 19 anos	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	4,17
20 anos ou mais	6	25,0	1	4,2	0	0,0	7	29,17
Total	8	33,3	8	33,3	8	33,3	24	100

A partir das respostas dos participantes às questões abertas e pautando-se pelo referencial da hermenêutica-dialética, foram elaborados quatro núcleos de sentido que indicam a estrutura da integração ensino-serviço realizada em um hospital de ensino, bem como suas potencialidades, dificuldades e sugestões.

4.1 Atividades desenvolvidas na integração ensino-serviço

Núcleo de sentido 1 – Na estruturação das atividades, evidencia-se a existência de espaços de encontro entre os diferentes atores, a construção do

conhecimento a partir das vivências da prática profissional e a possibilidade de desenvolver o cuidado individual, o coletivo e o de gestão.

Na descrição dos participantes, observa-se que, pela forma como as atividades estão organizadas, existe a possibilidade de se desenvolver uma prática articulada entre os diferentes atores, uma vez que há encontros semanais entre estudante, docente e enfermeiro assistencial. Além disso, nesses encontros, as discussões são pautadas nas vivências dos estudantes no cotidiano do serviço, levando à troca de saberes e a encaminhamentos em prol de novas formas de intervir na realidade dos serviços.

D8 “... na UPP 4, o momento da supervisão possibilita um movimento de integração ensino-serviço. A presença do enfermeiro permite refletir sobre o processo de cuidado e o desenvolvimento do desempenho do estudante”.

E1“... realizo todas as funções do enfermeiro, junto à enfermeira assistente, tentando entender o funcionamento da ala e quais são os serviços da enfermagem e da gestão. Participo das reuniões de gestão junto com a enfermeira gerente da unidade. Realizo procedimentos junto à enfermeira assistente e participo de discussões de caso e assuntos necessários para agregar ao conhecimento da ala”.

EC7 “...estabeleço uma relação ética e cooperativa com o aluno a fim de que o mesmo possa desenvolver-se e ampliar seus conhecimentos; esclareço suas dúvidas dialogando as práticas vivenciadas de forma que o estudante construa seu conhecimento; observo as ações em relação ao cuidado [...] verificando seus conhecimentos e estimulando o aluno a pensar com intuito de ampliar seus conhecimentos e ter visão crítica da situação vivenciada”.

Revela-se que, no movimento de reflexão sobre a prática exercida pelo enfermeiro e vivenciada/compartilhada pelo estudante, ocorre a ampliação do conhecimento nas discussões, acrescida das buscas conceituais que embasam a ação profissional. Desta forma, caminha-se em conformidade com os princípios da prática problematizadora, a qual assume “a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem”.⁷⁵

Ao se refletir sobre a realidade, é possível a identificação de situações-problema concretas, que levam à construção de novos sentidos e, principalmente,

ao compromisso com o seu meio. Desse modo, a partir de estudos individuais, podem-se produzir respostas, visando à aplicação dos conhecimentos na solução dos problemas vivenciados.³¹

Na mesma direção, encontram-se as ideias de Paulo Freire, quando afirma que “o conhecimento só pode ser desenvolvido na própria ação do indivíduo”.⁷⁶ Isso faz com que a aprendizagem se torne significativa e duradoura, que o discente adquira o desejo de aprender e se torne estimulado a produzir o próprio conhecimento.

Nesta perspectiva, a atividade escolar é pautada na realidade social imediata, na qual se analisam os problemas e seus fatores determinantes e estrutura-se a atuação com intenção de transformar a realidade social e política. A escola passa a ser o local de problematizar a realidade e a decisão sobre o que saber e sobre o que fazer está na dependência das necessidades sociais vividas.⁷⁷ Entende-se, assim, que a prática deve se basear em leis teóricas, em um movimento de ação-reflexão-ação, tendo como fim contínuas possibilidades de transformar a realidade.⁷⁸

Além dos encontros semanais entre estudantes, enfermeiros assistenciais e docentes, os participantes do estudo também descrevem, como atividades da integração ensino-serviço, a Educação Permanente, realizada com docentes e enfermeiros assistenciais, quinzenalmente. Nesses encontros, conforme apontado, são discutidos assuntos referentes a novos conceitos e conteúdos, às metodologias de aprendizagem e à avaliação do estudante.

D3 “... dentre as atividades que desenvolvo, tentando focar a integração ensino-serviço, destacam-se: Participação da EP com ensino e serviço; levo, discuto e apresento conceitos/ conteúdos novos e atuais aos enfermeiros supervisores”.

EC2 “... a educação permanente quinzenalmente; onde professores colaboradores e docentes direcionam discussões voltadas para a metodologia de ensino-aprendizagem na qual a FAMEMA está inserida”.

A instituição de processos de Educação Permanente vem ao encontro das políticas públicas de saúde, ao considerar a necessidade de mudanças no atual modelo de atenção, uma vez que, para intervenções efetivas na realidade, é preciso considerar a diversidade e a complexidade existentes nos diferentes contextos de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde é considerada uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas e de controle social no setor da saúde. Sua diretriz central reside na “porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde”, na “ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços e na introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise e autogestão, pensamento e experimentação”.⁷⁹

Observa-se, assim, que os enfermeiros, ao participarem da EP, têm a possibilidade de discutir assuntos referentes a métodos de ensino e de avaliação dos estudantes, o que pode contribuir para que eles se apropriem de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de práticas acadêmicas no cotidiano do seu trabalho. Esta apropriação reveste-se de grande relevância ao se considerar que, para a atual Política Nacional de Saúde, ensino e atenção à saúde são perspectivas interdependentes à nova abordagem do processo saúde/doença.

Na proposta de integração ensino-serviço que ora se analisa, os participantes apontam que desenvolvem ações de cuidado individual, coletivo e de gestão, o que indica que eles se aproximam do real papel do enfermeiro enquanto profissional inserido na equipe de saúde, conforme segue:

E2 “As atividades são desenvolvidas nos âmbitos individuais, coletivos e de gestão. São realizadas visitas de enfermagem, coleta de dados primários, exame físico, evolução de enfermagem, sendo-lhes necessária a associação do conteúdo teórico. Realiza-se divisão dos auxiliares, elaboração de escala, divisão dos funcionários por leitos”.

A adequada estruturação de um serviço constitui importante elemento para processos de trabalho eficazes. Desta forma, ao se disponibilizar uma estrutura curricular integrada, desenvolvida a partir das vivências da prática, utilizando-se metodologias ativas de aprendizagem, pode-se depreender a existência de um importante movimento em prol de uma construção diferenciada de ensino e de cuidado.

Embora as atividades descritas pelos participantes indiquem a intencionalidade da integração ensino-serviço e, em certa medida, a sua estruturação, por outro lado, ao se solicitar aos participantes que indicassem suas

potencialidades, dificuldades e sugestões, surgiram novos significados que indiciam, principalmente, como se dá o processo de desenvolvimento delas.

4.2 As potencialidades da integração ensino-serviço

Núcleo de sentido 2 – A integração ensino-serviço estimula os profissionais do serviço à busca de novos conhecimentos e à pesquisa, contribui para mudanças na prática e para o amadurecimento e comprometimento dos estudantes com o local de atuação.

Frente às contribuições que os participantes do estudo explicitam sobre a integração ensino-serviço, depreende-se a existência de importantes acréscimos para a transformação da prática e da formação profissional, conforme se observa nas narrativas que seguem:

E3 “... contribui para a melhora da prática, tendo em vista que participando da elaboração de problemas e planejamento estratégico, as docentes do cenário da prática conseguem melhores resultados no processo de trabalho. Estimula a pesquisa para os professores colaboradores”.

D4 “... outro aspecto refere-se ao estímulo dos enfermeiros para a busca de novos conhecimentos e a motivação para a pesquisa”.

EC3 “... a inserção dos alunos na unidade para atividades de prática profissional contribui positivamente com o amadurecimento deles, com a organização do setor, trabalho em equipe e o compromisso de todos os envolvidos com o processo ensino-aprendizagem desses discentes”.

D8 “... Identifico como positiva a troca entre preceptores, equipe de saúde, docente e estudante, a qual favorece a reflexão da prática profissional e a melhoria do cuidado e da formação. Diante da dinâmica do contexto, as mudanças acontecem lentamente...”

E19 “... integração ensino-serviço contribui para a melhora da prática, tendo em vista que participando da elaboração de problemas e Planejamento Estratégico [...] conseguem melhores resultados no processo de trabalho”.

A presença do estudante no serviço tem possibilitado aos enfermeiros ampliar seus conhecimentos, em razão da necessidade de construção do cuidado

mais fundamentado e pautado nas necessidades de saúde, tornando esse profissional mais crítico e reflexivo, o que se traduz em melhora na assistência.

Outros estudos que analisaram experiências de integração ensino-serviço também indicam que ela traz contribuições tanto para o serviço como para a formação profissional e comunidade assistida, na medida em que melhora a qualidade da atenção à saúde. Uma delas relata que a problematização da prática levou à compreensão do significado do contexto intercultural no trabalho em equipe multiprofissional e ao das representações do conceito de saúde/doença que permeiam o contexto de atenção à saúde.²⁹

Estudo sobre uma experiência de integração ensino-serviço descreve que os estudantes vivenciaram o cotidiano dos trabalhadores, participaram de reuniões de equipe, de visitas domiciliares e de outras rotinas do serviço para diagnosticar situações- problema e desenvolver o planejamento estratégico situacional. Para os autores a experiência auxiliou na formação crítica dos estudantes, que também contribuíram para o enfrentamento dos problemas juntamente com a equipe.³¹

Na mesma direção, aponta-se que o ensino pautado na realidade permite a construção de parâmetros éticos nas relações cotidianas, incluindo o respeito, a justiça e a solidariedade. Indica-se, desta forma, a existência de relações positivas e que a integração ensino-serviço depende inteiramente desta condição.²⁹

Referindo-se às vantagens da integração ensino-serviço, outro estudo indica que os estudantes vivenciaram o cuidado individual, coletivo e de gestão, aplicaram as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), resgataram o controle social, evidenciando-se a união de esforços e a melhora no processo de trabalho.³¹ Tiveram a oportunidade de conhecer a realidade da população, planejar as ações e intervir em conjunto com a equipe, o que contribuiu para uma aprendizagem significativa e para o reconhecimento da importância dessa prática no contexto dos serviços de saúde.³² Descreve-se, ainda, que houve fortalecimento das relações de parceria entre a instituição formadora, os profissionais, os gestores e os usuários; ampliação da oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, educação, gerência e pesquisa a partir da realização das atividades assistenciais junto à comunidade, à família e aos indivíduos.³⁴

Embora a integração ensino-serviço desenvolvida no hospital de ensino estudado conte com uma estruturação que possibilita o encontro dos atores e o

desenvolvimento de intervenções compartilhadas, o que contribui para a melhoria da assistência e da formação profissional, foram relatadas importantes dificuldades que precisam ser analisadas com vistas ao aperfeiçoamento do processo.

4.3 As dificuldades da integração ensino-serviço

Núcleo de sentido 3 – Na integração ensino-serviço, encontram-se dificuldades em compatibilizar as agendas, pouco envolvimento docente com a prática, sobrecarga e despreparo do enfermeiro para atuar no ensino, além de falta de compreensão da equipe quanto ao papel do hospital de ensino.

As dificuldades, apontadas na integração ensino-serviço que ora se analisa, perpassam por condições semelhantes ao que foi encontrado em outros estudos. A exemplo disso, cita-se que, apesar do discurso referente à necessidade de transformação da realidade presente tanto nos atores dos serviços como da academia, ainda existe um distanciamento entre eles com vistas a se atingir um objetivo comum.⁵⁰ A fala seguinte ilustra tal semelhança:

EC13 “... percebo ainda pouca comunicação entre profissionais, docentes e estudantes, além de práticas desconexas que, ao invés de serem compartilhadas e somadas para melhoria do cuidado e formação, são utilizadas apenas para objetivos próprios.

A esse respeito, acrescenta-se que tal distanciamento decorre da verticalização dos processos, uma vez que “o saber acadêmico sobrepõe e subestima a prática como saber” e, por outro lado, “a prática desconsidera o saber enquanto referencial para a reflexão crítica sobre o fazer”.⁵⁴

EC10 “... falta de comunicação entre os docentes e professores colaboradores [...] Desacordo em relação a conteúdos abordados e sua significância no momento de aprendizagem para o estudante...”

E18 “... Um dos maiores problemas a ser superado é a sobrecarga de serviço de enfermeiros, os quais muitas vezes não acompanham os alunos para que o serviço não se acumule”.

Neste contexto, analisa-se ainda que a implementação da integração ensino-serviço é dificultada pelas políticas e estruturas dos serviços; os docentes se distanciam das situações práticas do cotidiano e passam a intensificar a teoria, e,

além disso, os profissionais da assistência se envolvem com as atividades do trabalho, deixando de se atualizarem cientificamente.⁵³

Para uma integração ensino-serviço satisfatória, é preciso o envolvimento de todos para reflexão sobre a prática e o ensino no mesmo cenário. No entanto, questões estruturais limitam a articulação e a co-responsabilidade desta produção. Além disso, existe a passividade dos serviços diante da academia enquanto produtora do saber.⁵⁰ No presente estudo, embora tenham se definido algumas condições para o desenvolvimento da integração ensino-serviço, questões estruturais impedem que ela ocorra a contento, como se observa na descrição abaixo.

D1 “... nesse momento, seria necessário pensar na dificuldade de compatibilizar as agendas da graduação com o serviço, para favorecer a participação dos diversos atores envolvidos nas atividades propostas”.

No cotidiano de trabalho, percebe-se que as relações acabam influenciando a definição dos processos de trabalho, pois fica nítido que os espaços são compartilhados de forma pontual e de acordo com as necessidades de cada segmento, ou seja, o interesse do docente, do estudante e do enfermeiro, o que tem provocado uma imensa lacuna, principalmente nas relações interpessoais desses atores.

Outro aspecto relatado como dificuldade para a integração ensino-serviço trata do pouco envolvimento do docente nas atividades de prática, o que se observa no excerto de depoimento que segue:

D2 “... maior inserção do docente no serviço assistencial”.

O afastamento do docente da prática profissional dificulta a sua inserção neste cenário, fazendo com que o estudante deixe de tê-lo como referência e passe a ser orientado pelo enfermeiro colaborador, o que reforça a prática fragmentada do cuidado e a dicotomia ensino e serviço.

Em análise da integração ensino-serviço em cenários que recebem estudantes de diferentes áreas da saúde, evidenciou-se que as ações desenvolvidas pelos docentes resumem-se a prestar assistência, distribuir tarefas, supervisionar a prática e acompanhar os alunos, não existindo, portanto, movimento de complementaridade, o que seria adequado a um bom desenvolvimento da

integração ensino-serviço. Mesmo assim, os autores afirmam que o bom vínculo entre profissionais e docentes contribui para a integração.⁵⁴

Entre as dificuldades relatadas também se encontram aquelas relacionadas com a falta de preparo dos profissionais do serviço para as atividades didáticas, conforme se observa nas descrições seguintes:

E19 “... dentro da minha prática, inclusive, percebo que as professoras colaboradoras sentem que chegamos despreparados para o cenário. Além do que sinto que muitas não conhecem a metodologia ativa da FAMEMA, o que explica não entender e questionar como chegamos ao quarto ano sem algumas informações as quais elas consideram primordiais”.

E24 “...problemas com o enfermeiro supervisor [...] muitos são despreparados do ponto de vista didático, sendo que assim seria necessária uma capacitação dos enfermeiros para conhecer melhor o método da faculdade.

Este aspecto pode estar relacionado à afirmação de que os profissionais do serviço participam pouco do planejamento, no desenvolvimento e na avaliação das atividades do Estágio Curricular Supervisionado, destacando-se a necessidade de fortalecimento das ações colaborativas tanto por parte do docente quanto pelo enfermeiro assistencial, em que ambos necessitam ser atores do processo de aprendizagem, tanto na supervisão do estudante como no desenvolvimento das atividades.⁵¹

Também se observa, nos depoimentos dos participantes, a dificuldade da equipe em considerar ensino e assistência como condições interdependentes.

E21 “... maior compreensão da equipe em geral de que esta instituição é um hospital escola e conseqüentemente um ambiente onde os alunos têm a oportunidade de atuar, e assim entender que o aluno está em processo de formação”.

Esta dificuldade também é relatada em estudo que afirma que os hospitais universitários, mesmo com a missão de ensino, assistência e pesquisa, priorizam a eficiência assistencial e que fica ao gestor da unidade de serviço a responsabilidade de articulação das dimensões, por vezes, conflituosas.⁸⁰

4.4 As sugestões para a integração ensino-serviço

Núcleo de sentido 4 – Para melhoria da integração ensino-serviço sugerem-se adequação estrutural e ampliação dos espaços de diálogo, maior envolvimento dos atores nos distintos cenários e decisões compartilhadas, capacitação e valorização do profissional do serviço, além da definição de um único referencial para o cuidado, ou seja, o que é utilizado na academia como norteador do ensino não é o mesmo utilizado no serviço.

As sugestões apontadas, portanto, implicam mudanças estruturais nos processos de trabalho e nos referenciais epistemológicos do cuidado, envolvendo tanto a macro como a micro política, conforme se observa nas narrativas que seguem:

EC15 “... cobertura de outro enfermeiro na unidade para que possamos participar da EP porque, em vários dias, não podemos participar dos encontros por falta de cobertura na unidade, um local apropriado para as conversas, a discussão de casos e realizar o levantamento do problema; melhorar as relações entre os membros da equipe...”.

D8 “... para mim, a superação passa pela elaboração de um projeto de cuidar único, realizado pelos gestores, preceptores e docentes, o qual explicita a atribuição/contribuição das partes. Para tanto, deve-se pactuar uma política de gestão participativa e o modelo assistencial a ser instituído nos serviços. Também um empenho dos serviços e da academia em qualificar os profissionais (preceptores e docentes) para além das atividades de Educação Permanente”.

D5 “... maior inserção do docente no serviço assistencial; capacitação dos enfermeiros para receber o estudante; melhor incentivo financeiro contratando os enfermeiros supervisores como assistentes de ensino; melhorar o valor financeiro da UPP; valorização do enfermeiro; utilizar um único referencial para condução da assistência que possibilite sua aplicação na prática”.

Frente a tais sugestões, no que se refere à estrutura física, descrita como inadequada ao processo de ensino e aprendizagem, é importante refletir sobre o quanto os gestores dos serviços públicos de saúde, regidos pelos princípios e diretrizes do SUS, estão despertos para a prerrogativa de que este espaço representa também um local privilegiado para o ensino contextualizado e transformador da realidade. Ao se fazer a gestão do serviço, está implícita a incorporação da academia em seus processos. Para tanto, há que se pensar,

inicialmente no espaço físico para a operacionalização da proposta, pois, embora este aspecto por si só não garanta que o processo ocorra de forma adequada, ele é condição essencial e representa o primeiro passo quando se deseja a melhoria das condições de trabalho/ensino.

Em nível macro, a decisão principal compreende a alocação de recursos suficientes para a expansão e a qualificação dos serviços. Em nível micro, deve-se investir e acompanhar os processos de trabalho referentes às ações de expansão e melhoria dos serviços, reforçando o fortalecimento da participação, como ação inerente aos processos de trabalho.⁸¹

Acrescenta-se que, para intervir no nível micro, é preciso uma lógica de gestão que *coloque os seus construtores em reflexão e aprendizagem*, considerando que processos coletivos e participativos implicam co-responsabilização dos atores envolvidos no ato de cuidar.⁸²

Nesta perspectiva, para que haja a consolidação das práticas de integração ensino-serviço, é preciso transformar o processo de trabalho, sendo necessária a coerência entre o projeto dos serviços e a proposta educativa, em suas dimensões política, técnica e metodológica com o envolvimento de gestão dos serviços de saúde, da universidade e da população.⁸⁰

No entanto, estudo que identifica conflitos na integração ensino-serviço aponta para a necessidade de aproximação dos atores do mundo do trabalho e do ensino, universos complexos que nem sempre dialogam harmoniosamente; criação de espaços de reflexão conjunta sobre temas, como a interdisciplinaridade, transversalidade, equidade e multidisciplinaridade e a necessidade de estratégias visando compartilhar os saberes entre os diferentes profissionais da equipe de saúde.⁵¹

Assim como no presente estudo, Caetano, Diniz e Soares sugerem, para o fortalecimento da parceria, a participação dos profissionais do serviço em cursos de qualificação docente e apoio às questões de infraestrutura.⁵⁴

5. CONCLUSÃO

O presente estudo, ao apresentar aspectos da integração ensino-serviço de um curso de enfermagem que desenvolve atividades de prática profissional em um hospital de ensino, observa que, embora trate de uma situação específica, os resultados se aproximam do que foi encontrado em outros estudos que também relatam tal experiência.

Quanto às ações desenvolvidas em prol da integração ensino-serviço, elas estão pautadas nas atividades estruturadas em conformidade com as orientações para mudanças das práticas de atenção à saúde e de formação profissional, evidenciadas pelos espaços de encontro entre os diferentes atores, com ênfase na problematização da prática profissional e no desenvolvimento da Educação Permanente, consideradas uma das ferramentas primordiais na efetivação das relações entre os atores dos distintos cenários de atuação.

Com relação aos aspectos positivos, o que ficou evidente na fala dos participantes da pesquisa está relacionado à sua contribuição para a qualificação da prática e da formação profissional, uma vez que estimula a busca de novos conhecimentos e o interesse por pesquisa entre os profissionais do serviço, ao mesmo tempo em que possibilita o amadurecimento e o comprometimento dos estudantes para atuarem na prática e isso impacta na qualidade da assistência prestada aos usuários.

No tocante às dificuldades, a pesquisa mostra que existem divergências entre academia e serviço, reveladas principalmente pela valorização de diferentes conceitos e por dificuldades em compatibilizar as agendas dos docentes e enfermeiros. Há, também, pouco envolvimento docente com a prática, sobrecarga e despreparo do enfermeiro para atuar no ensino, além de falta de compreensão da equipe quanto ao papel do hospital de ensino.

Diante disso, entende-se que a integração ensino-serviço ainda carece de inúmeros ajustes para que o órgão formador e o prestador de cuidado à saúde possam fazer o atendimento das reais necessidades de saúde da população e atender aos propósitos da formação profissional.

Os participantes da pesquisa apresentam sugestões de melhoria na integração ensino-serviço, apontando que é necessário avançar na ampliação dos

espaços de diálogo, haver maior envolvimento dos atores nos distintos cenários e nas decisões compartilhadas, além de maior capacitação e valorização do profissional do serviço.

É importante salientar a complexidade que envolve a lógica de integração ensino-serviço, considerando que nela incluem-se sujeitos distintos pela formação, pela faixa etária e até mesmo pela valoração social, além de pertencerem a distintos cenários e que, embora sejam complementares para a formação profissional, possuem objetos de trabalho diferenciados.

Sendo assim, depreende-se a necessidade de constante avaliação desse processo, com vistas a evidenciar suas fragilidades e fortalezas, o que irá possibilitar estratégias de intervenção para melhoria, considerando a sua relevância para a assistência e para a formação profissional em uma instituição que se propõe a tais fins. Incontestavelmente, os dois precisam caminhar juntos.

Espera-se, portanto, que os dados do presente estudo impulsionem discussões entre gestores do serviço hospitalar e da academia, de forma que se possa contribuir mais efetivamente na formação dos profissionais do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Londrina: UEL; 1999. v. 1, p. 47-82.
2. Feuerwerker LCM, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre as necessidades/problemas da comunidade. *Divulg. Saúde Debate*. 2000;(22):36-48.
3. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial IDA. Brasília: MEC/SESU/CCS; 1981.
4. Pereira JG, Martines WRV, Campinas LLSL, Chueiri PS. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. *Mundo Saúde (Impr.)*. 2009;33(1):99-107.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Henriques RLM. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p. 147-159.
7. 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 da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):356-62.
8. Kisil M. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. *Divulg. Saúde Debate*. 1996;(12):5-14.
9. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 23 dez. 1996. Seção 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília; 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
12. Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. In: Almeida MJ, organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. 2ª ed. Londrina: Rede Unida; 2005. p. 45-51.
13. Maciel FR, Pierantoni CR. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004;2:139-62.
14. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 245-66.
15. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos estudantes do curso de enfermagem da Famema [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002. 275 p.
16. Olschowsky A, Silva GB. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso Rev Esc Enferm USP. 2000;34(2):128-37.
17. González RD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(3):757-62.
18. Pereira IB, Ramos MN. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
19. Silva EVM. A formação de profissionais da saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Barbosa Neto F. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? Cad ABEM. 2008;4:23-9.
21. Brasil. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde. Programação e orçamentação integrada - 1988/1989. Brasília; 1987. (Documento Preliminar).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2400 de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino [Internet]. [citado 9 out 2011]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>

23. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº 15, de 22 de maio de 1987. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 26 maio 1987; Seção 1.
24. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e das outras providências [Internet]. [citado 10 jan 2013]. Brasília; Presidência da República; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
25. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. Rev Adm Saúde. 2010;12(46):7-14.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em saúde [Internet]. [citado 10 out 2012]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/11_politica_ed_permanente.pdf
27. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UER; 2005. p. 229-50.
28. 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.
29. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl 1):903-12.
30. Nuto SAS, Oliveira GC, Andrade JV, Maia MCG. O Acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza/CE: um relato de experiência. Rev APS. 2010;13(4):505-9.
31. Vendruscolo C, Kleba ME, Krauzer IM, Hillesheim A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. Rev Gauch Enferm. 2010;31(1):183-6.
32. Lima EP. Epidemiologia e estatística: integrando ensino, pesquisa, serviço e comunidade. Rev Bras Educ Med. 2010;34(2):324-8.
33. 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.

34. Colliselli L, Tombini LHT, Leba ME, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):932-7.
35. Oliveira MS, Duarte JES, Baaklini CE, Padilha RQ. O PSF como cenário de ensino-aprendizagem em Marília (SP). *Divulg Saúde Debate.* 2004;(30):99-102.
36. Spagnol CA, Silva CMMF, Figueiredo ES, Nascimento JCM, Santos MBA, Donoso MTV. 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.
37. Gonçalves MB, Moraes AMSM. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2003;27(2):83-90.
38. Puccini RF. A integralidade na atenção à saúde da criança e o ensino de pediatria [livre docente]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2002. [146] p.
39. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(1):86-92.
40. Ferreira SRV, Mendonça MHM. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. *Rev Adm Saúde.* 2009;11(44):113-26.
41. Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):221-31.
42. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(4):435-9.
43. Martins P. O ensino da emergência é uma necessidade? *Rev Med Minas Gerais.* 2008;18(4):294-6.
44. Chiesa AM, Nascimento DDG, Bracciali LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2): 236-40.
45. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):83-9.
46. 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):432-8.

47. Ribeiro MS, Alves MJM. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(1):40-50.
48. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(1):61-72.
49. Gonçalves e Silva GE. Educação médica e o sistema de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2002;26(2):125-7.
50. Dias HS. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011. 132 p.
51. Pereira JG, Fracolli LA. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):63-75.
52. Tanji S, Silva CMSLMD, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. *Rev Gauch Enferm*. 2010;31(3):483-90.
53. 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.
54. Caetano JA, Diniz RCM, Soares E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):638-44.
55. Neves MAB, Spinelli MA. Integração ensino - serviços de saúde: o internato rural médica da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trab Educ Saúde*. 2008;6(2):341-66.
56. Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tecituras [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 291 p.
57. 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):137-45.
58. Bajay HM, Araújo IEM, Lamas JLT, Rosa KM, Ceolim MF. Visita de enfermagem: uma Estratégia para Integração entre enfermeiros docentes e assistenciais. *Nursing (São Paulo)*. 2002;5(45):24-9.
59. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

60. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de gestão 2006. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília; 2006.
61. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
62. Antunes C. Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender. Porto Alegre: Artmed; 2002.
63. Hamamoto CG, Marin MJS, Sgambatti MS, Rosa RSL, Tonhom SFR. Desenvolvimento curricular do Curso de Enfermagem da FAMEMA: contexto atual. REME Rev Min Enf. 2006;10(2):181-6.
64. Lima VV, Ribeiro ECO. Competência: distintas abordagens e implicações na formação profissional: ciclo de oficinas construindo um programa de formação baseado em competência para o SUS. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
66. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
67. Schillewaert N, Langerak F, Duhamel T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. J Mark Res Soc. 1998;40(4):307-13.
68. Cunha MI. Conta-me agora: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. Rev Fac Educ. 1997;23(1/2):185-95.
69. Marcolino TQ, Mizukami MGN. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. Interface Comun Saúde Educ. 2008; 12(26):541-7.
70. Galvão C. As narrativas em educação. Cienc Educ. 2005;11(2):327-45.
71. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências [Internet]. [citado 10 out 2010]. Brasília; Presidência da República; 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm#art115.
72. Ayres JRJM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(3):549-60.

73. Gadamer HG. Verdade e método. 4^a ed. Meurer FP, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2002.
74. Schleiermacher FDE. Hermenêutica: arte e técnica da interpretação. Braida CR, tradutor. Petrópolis: Vozes; 1999.
75. Batista N, Batista SH, Paulete Goldenberg P, Otília Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(2): 231-7.
76. Freire P. Educação como prática de liberdade. 29^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
77. Laudares JB, Quaresma AG. A pedagogia da escola do trabalho e a formação integral do trabalhador. Rev Bras Estud Pedag. 2007;88(220):516-30.
78. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
80. Lobo MSC, Lins MPE, Silva ACM, Fiszman R. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. Rev Saúde Pública. 2010;44(4):581-90.
81. Souza LEPPF. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Cienc Saúde Coletiva. 2009;14(3):911-8.
82. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface Comun Saúde Educ. 2010;14(34):593-605.

4. Você poderia fazer sugestões de como a integração ensino-serviço deveria ocorrer para atender as necessidades de todos os envolvidos. _____

6.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: Aspectos da Integração Ensino-serviço na Formação de Enfermeiros em um Hospital de Ensino

Declaro que sou estudante do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina de Marília e estou desenvolvendo esse estudo com a finalidade de evidenciar como ocorre a integração ensino-serviço no Curso de Enfermagem da Famema, na visão dos estudantes, docentes e enfermeiros assistenciais, considerando que tais dados possam contribuir para a tomada de decisão frente a esse processo. Para tanto, preciso contar com sua valiosa contribuição no sentido de responder ao questionário em anexo, o qual contém perguntas abertas referentes à sua vivência na integração ensino-serviço. Para sua segurança, informo que terá a garantia de:

- * Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida;
- * Ter sua identificação preservada;
- * Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato;
- * Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;
- * Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- * Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável;
- * Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde.

É importante que saiba que os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu _____ portador do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do entrevistado

N.º do R.G.

Marília, ___ de _____ de 2012.

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisador – Patrícia Regina de Souza Sales

COREN – 19620514

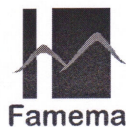
RG: 19620514

Telefone: (14) 3453 2546

e-mail: patriciasales@famema.br

7 ANEXOS

7.1 Anexo A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos



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)
Patrícia Regina de S. Sales
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 178/12, intitulado: "Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros em um Hospital de Ensino", 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

7.2 Anexo B – Autorização na alteração no instrumento de coleta de dados



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

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

Marília, 09 de Maio de 2012

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Patrícia Regina de S. Sales
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 178/12, intitulado: "Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros em um Hospital de Ensino", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/03/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- Alterações no instrumento de coleta de dados.

Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Ciente

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