

## INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE



Cristina Toshie de Macedo Kuabara<sup>1</sup>

Silvia Franco da Rocha Tonhom<sup>2</sup>

Maria José Sanches Marin<sup>3</sup>

### RESUMO

O estudo propõe descrever as perspectivas dos profissionais da saúde acerca da integração ensino-serviço no contexto da rede primária. Metodologia: Pesquisa de campo quanti-qualitativa, inclui a avaliação de assertivas por meio da escala de Likert. A abordagem qualitativa contou com 20 entrevistas. Resultados: A análise permitiu refletir sobre a inserção de estudantes no cenário possibilitando trocas de conhecimentos e evidenciando fragilidades/conflitos; distintas formas de inserção dos cursos nos cenários, além de interferências do e no serviço para efetivação da integração. Conclusão: Considera-se que há necessidade de investir em pactuações institucionais, maior aproximação dos atores dos cenários de prática e de ensino, com efetivo diálogo e espaços formais de reflexão conjunta, como propõe a Política Nacional de Educação Permanente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de integração docente-assistencial. Atenção à saúde. Avaliação.

### ABSTRACT

The study aims to describe the perspective of health professionals about the teaching-service integration in the primary network. Methodology: quantitative and qualitative field research includes evaluating assertions by Likert scale. The qualitative approach included 20 interviews. Results: The analysis allowed us to reflect on the inclusion of students in the scenario enabling exchange of knowledge and highlighting weaknesses / conflicts; different forms of integration of courses in the scenarios, as well as interference and service for the execution of integration. Conclusion: It is considered that there is need to invest in institutional pacts, closer of the actors of the practice and teaching scenarios, with effective dialogue and formal spaces for joint reflection, as proposed by the National Policy of Permanent Education.

**KEY-WORDS:** Teaching care integration services. Health care (public health). Evaluation.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre pela Faculdade de Medicina de Marília. Coordenadora da Secretaria Municipal da Saúde de Marília. E-mail: [crismel.apoio@gmail.com](mailto:crismel.apoio@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestre pela Faculdade de Medicina de Marília. Coordenadora da Secretaria Municipal da Saúde de Marília. E-mail: [siltonhom@gmail.com](mailto:siltonhom@gmail.com)

<sup>3</sup>Enfermeira. Docente da graduação e pós graduação da Faculdade de Medicina de Marília – Famema. E-mail: [marnadia@terra.com.br](mailto:marnadia@terra.com.br)

### Introdução

A inserção no SUS propõe considerar os princípios de integralidade, de equidade e de universalidade, a fim de superar o modelo centrado no biológico e clínico hegemônico para a valorização do social e da subjetividade. A operacionalização desses mesmos princípios requer novos perfis profissionais, o que deve se concretizar por meio de novos currículos pautados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde. (BRASIL, 1988, CHIESA, et al, 2007)

Os espaços de diálogo entre o ensino e o serviço passam a ser fundamentais e privilegiados, na medida em que a formação deve estar mais próxima de situações reais das equipes em distintos cenários, especialmente da atenção básica por ser a modalidade de atenção priorizada pela Política Nacional. Para a operacionalização da atenção básica, o sistema conta atualmente com duas modalidades de atenção, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF). Outras unidades denominadas “serviços de apoio” também compõem a rede de atenção básica.

Trata-se, assim de um campo de práticas, potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão estar inseridos. (CAMPOS, 2005) A integração ensino-serviço, tradicionalmente, tem-se caracterizado pela presença de estudantes e docentes em cenários nos quais predomina um modelo centrado nas queixas do usuário e nos procedimentos, negando um movimento de desconstrução junto aos serviços. A realidade vivenciada pelos estudantes deve funcionar como elemento mobilizador da prática problematizadora no sentido da aprendizagem e também da reflexão sobre a produção dos cuidados. (ALBUQUERQUE, et al, 2008)

Iniciativas governamentais tem incentivado esse movimento, uma vez que o processo de formação deve acontecer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo, visando à transformação das práticas. Consideram que, para efetivar as diretrizes do SUS, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2008)

No ano de 2005 os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-Saúde, como estratégia de fortalecimento da articulação das Instituições de Ensino Superior e os Serviços Públicos de Saúde, tendo as atividades reais do trabalho em saúde e as

necessidades da população como eixo norteador do aprendizado e aprimoramento das práticas na solução dos problemas. (FAMEMA, 2005, CECCIM, FEUERWERKER, 2004)

Estudos apontam desarticulação entre as estratégias de integração e o contexto dos serviços, com planejamentos paralelos, mesmo com incentivo governamental (MORAIS, et al, 2010). Com o objetivo de valorizar oportunidades de formação acadêmica e profissional o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) traz experiências na integração da atenção básica com construção do conhecimento de forma responsável e comprometida na lógica de integralidade da assistência e da interdisciplinaridade (SOBRINHO, et al, 2011).

Estudos nacionais que trata da integração ensino-serviço colocam em pauta a relevância da temática, especialmente referindo-se ao cenário da atenção básica. A modalidade de atenção Programa Saúde da Família propõe novas práticas assistenciais articuladas a uma rede de saúde articulada. A acessibilidade está vinculada à quebra de barreiras geográficas, culturais e também o acesso aos serviços especializados, sendo estratégia estruturante da rede de serviços como portas de entrada do sistema de saúde (SCOREL, et al, 2007).

Programar e implantar estratégias de saúde com novas perspectivas para a atenção básica, voltadas para as famílias e comunidades, depende de incentivos federais, mas de estratégias criativas locais para enfrentar as diversidades locais e efetivar o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. (SCOREL, et al, 2007)

Embora os estudos evidenciem que a integração ensino-serviço possibilita qualificar o cuidado, uma vez que contribui para um olhar abrangente sobre a pessoa, assim como sobre o trabalho em equipe e funcionamento dos serviços de saúde em rede e sobre o processo de adoecer (MOIMAZ, 2010). A integração tem se dado por cursos isolados, o que parece indicar que as instituições de ensino, não estão integrando diferentes áreas de formação, o que poderia significar uma fortaleza na aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar.

Os espaços de integração ensino-serviço são cenários privilegiados na formação superior dos profissionais da saúde, proporcionando a interlocução dos cursos e serviços para o ensino e a produção do cuidado. A orientação do trabalho em equipe consta das diretrizes para a formação e o exercício profissional no SUS, sendo as perspectivas de

mudanças necessárias em todas as profissões da saúde. No trabalho multiprofissional uma ação profissional não sobrepõe a outra, que por meio da interdisciplinaridade possibilita atender de forma abrangente e singular as necessidades do usuário (ALBUQUERQUE, 2008).

Muitos desafios necessitam ser enfrentados, incluindo a necessidade de mudanças nas relações interinstitucionais; (DIAS, 201; KUABARA, TONHOM, MARIN, 2016) de mudanças organizacionais e estruturais, (FAMEMA, 2011) transformação nos processos de trabalho e coerência entre o projeto dos serviços e a proposta educativa (PEREIRA, FRACOLLI, 2011).

Tais aspectos reforçam a relevância da integração ensino e serviço para a formação profissional e a transformação das práticas em saúde. Os inúmeros desafios impostos à sua construção e a necessidade de constante verificação de como vem ocorrendo tal processo em diferentes contextos propõe-se como objetivo para o presente estudo analisar o processo de integração ensino-serviço na perspectiva do profissional de saúde no contexto da Atenção Básica e mais especificamente, compreender se a inserção da academia no cenário da Atenção Básica contribui para a mudança da prática assistencial, caracterizar as contribuições da integração ensino-serviço para a formação profissional e identificar as dificuldades encontradas no processo de integração ensino-serviço.

## Método

Estudo de campo com abordagem quanti-qualitativa no município de Marília-SP em que a rede básica de atenção à saúde serve de cenário de ensino e aprendizagem para estudantes de quatro instituições de ensino superior (IES), além do ensino técnico em diferentes áreas do conhecimento.

Para atendimento na atenção básica o município conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 33 (USF) Unidades Saúde da Família e os serviços de apoio como: Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CEREST), Unidade Municipal de Fonoaudiologia (UMF), Banco de Leite Humano (BLH), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (PA), Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Após o mapeamento dos cenários

constatou-se que um total de 45 unidades/serviços contavam com a inserção de estudantes de, pelo menos, um curso das quatro IES.

Para garantir o anonimato das IES, foram identificadas por A, B, C e D.

A Instituição A - Um Instituto de ensino, capacitação e pós-graduação em ciências da saúde e ciências humanas e sociais, de cunho privado (INDEP, 2013).

Instituição B – Instituição pública que tem como finalidade incentivar o trabalho de pesquisa científica, da tecnologia, criação e difusão da cultura, bem como formar profissionais nas diferentes áreas do conhecimento (UNESP, 2013).

Instituição C – Instituição privada que atualmente conta com diversos Cursos de Graduação (UNIMAR, 2013).

Instituição D – Instituição pública que compreende os cursos de graduação em medicina e enfermagem e pós-graduação Stricto Sensu e Lato Sensu, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Cuidado Materno Infantil (FAMEMA, 2011).

Embora tais instituições mantenham em convênio formalizado com a SMS, observa-se nas descrições a falta de clareza no que se refere à definição dos cenários de prática, o grau de autonomia dos gestores dos serviços frente às necessidades de cada território, bem como dos papéis a serem desenvolvidos pelos diferentes atores no cotidiano e a contra partida que as IES poderiam propiciar aos serviços.

Foram incluídas no estudo 22 unidades/serviços e considerando que uma foi excluída por ter servido ao teste piloto, a amostragem por conveniência contemplou 50% do total das unidades, com representatividade das diferentes regiões do município (norte, sul, leste e oeste). Para a coleta dos dados quantitativos, realizada de maio a agosto de 2012, foi utilizado um instrumento com 16 assertivas sobre a percepção dos sujeitos sobre a integração ensino-serviço, por meio da escala de Likert, com cinco alternativas, nas quais os profissionais de saúde especificaram seu nível de concordância (GUNTHER, 2003).

Em relação ao instrumento quantitativo, foram distribuídos um total de 384 correspondendo à totalidade dos profissionais das unidades selecionadas, sendo obtido uma devolutiva de 245 instrumentos, o que corresponde a 64% deles. A coleta de dados qualitativa foi realizada por meio de um roteiro com dados de identificação e questões

norteadoras referentes ao objeto deste estudo. Para tanto, foram selecionados 20 sujeitos que, já haviam respondido ao instrumento quantitativo, incluindo profissionais de diferentes cenários, e categorias e as respostas dadas ao instrumento, buscando contemplar aqueles que emitiram opiniões tendendo ao positivo e aqueles, cuja opinião tendia ao negativo.

Desta forma, entrevistaram-se 05 enfermeiros, 03 dentistas, 03 agentes comunitários de saúde, 02 médicos, 02 técnicos de enfermagem, 01 assistente social, 01 auxiliar de escrita, 01 fonoaudiólogo, 01 psicólogo e 01 terapeuta ocupacional.

Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se o software estatístico (IBM SPSS Statistics). A análise qualitativa dos dados foi realizada com a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. Operacionalmente, a análise de conteúdo apresenta três etapas: Pré-análise que consiste na leitura compreensiva do material selecionado buscando as particularidades; Exploração do material para reagrupar as partes do texto e elaboração de redação e orientação da análise e, por último; Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação com elaboração de síntese interpretativa em que possam dialogar temas, objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2004; GOMES, 2007).

Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados por letras, conforme a categoria profissional, seguidas de número arábico para quantificar a frequência.

A pesquisa foi autorizada pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (Comap) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília e do, sob o protocolo de n.200/12. Cada participante foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussão

As informações sobre a faixa etária dos profissionais que responderam ao instrumento mostram que 154 (62,9%) possuem entre 31 a 50 anos de idade. Quanto ao gênero, 223 (91%) correspondem ao sexo feminino. A categoria profissional dos participantes está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição das categorias dos profissionais da rede básica que responderam ao instrumento quantitativo. Marília, 2012.

| Profissão                        | N          | %            |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Auxiliar e Técnico de enfermagem | 65         | 26,5         |
| Agente Comunitário               | 61         | 24,9         |
| Enfermeiro                       | 31         | 12,7         |
| Médico                           | 15         | 6,1          |
| Auxiliar de Serviços Gerais      | 14         | 5,7          |
| Dentista                         | 12         | 4,9          |
| Auxiliar de Escrita              | 12         | 4,9          |
| Outros*                          | 12         | 4,9          |
| Fonoaudiólogo                    | 10         | 4,1          |
| Auxiliar Saúde Bucal             | 06         | 2,4          |
| Psicólogo                        | 04         | 1,6          |
| Agente de Endemias               | 03         | 1,2          |
| <b>Total</b>                     | <b>245</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Produção do próprio autor

\*Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Assistente Social, Técnico de Segurança do Trabalho, Vigia, Motorista e Legionário.

Observa-se na tabela 1 que as categorias de médico, enfermeiro e dentista totalizaram 23,7%, auxiliar de enfermagem 26,5% e o agente comunitário de saúde 24,9%, do total dos participantes.

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

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

| Serviços Rede Básica         | Frequência | Percentual   |
|------------------------------|------------|--------------|
| SAMU                         | 05         | 2,0          |
| Banco de Leite Humano        | 08         | 3,3          |
| Pronto Atendimento           | 09         | 3,7          |
| PROIID                       | 10         | 4,1          |
| Centro de Apoio Psicossocial | 11         | 4,5          |
| Unidade de Fonoaudiologia    | 11         | 4,5          |
| CEREST                       | 12         | 4,9          |
| ESF                          | 85         | 34,7         |
| UBS                          | 94         | 38,4         |
| <b>Total</b>                 | <b>245</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Produção do próprio autor.

É possível observar que a maioria dos participantes está inserida na UBS e ESF, totalizando 73,1% e os demais são de serviços de apoio. O sistema de regulação define que as UBS e ESF se constituem na porta de entrada do sistema de saúde, o que oportuniza ao estudante vivenciar situações complexas que envolvem o contexto de vida das pessoas/famílias/comunidade, além de reconhecer o funcionamento da rede de cuidados.

O quadro a seguir trata das assertivas sobre a integração ensino e serviço, em que é apresentado o percentual correspondente às respostas emitidas por meio da escala de Likert (1-Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Indiferente; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente).

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

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

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

assertivas dos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 14 e 16. Além disso, destaca-se que a assertiva 1 - “atividade desenvolvida na atenção básica contribui para o estudante compreender a proposta do SUS”, foi considerada como mais relevante da integração, uma vez que 90,2 % das respostas foram *concordo* e *concordo plenamente*.

Por outro lado, é possível identificar fragilidades nas assertivas 11 e 15 que tratam respectivamente do desenvolvimento de ações junto a outros setores da comunidade e a consolidação do controle social com mais de 50% somando-se os quesitos indiferente e discordo.

Os resultados obtidos permitem constatar que existem importantes contribuições identificadas pelos profissionais, concernentes à integração ensino-serviço, contudo, ainda, são postos desafios, especialmente referindo-se a participação social. Esse processo exige investimentos de ambos os parceiros para que as transformações possam ocorrer de forma mais efetiva.

### Abordagem Qualitativa

A abordagem qualitativa busca aprofundar a compreensão dos participantes da pesquisa acerca das vivências cotidianas com a integração ensino e serviço.

A análise dos dados oriundos das entrevistas, por meio da leitura exaustiva do material, identificação das ideias centrais e núcleos de sentido, possibilitou definir duas temáticas: possibilidades de aquisição e de troca de conhecimentos; distintas formas de inserção dos cursos nos cenários, que serão discutidas na sequência.

### Possibilidade de aquisição e de troca de conhecimentos

Na perspectiva do profissional da atenção básica, esteja ele na UBS, USF ou Serviço de Apoio a inserção de estudantes no cenário possibilita a aquisição e troca de conhecimentos, bem como revela a existência de conflitos e necessidades. No fragmento abaixo podemos identificar que a integração ensino-serviço é percebida de maneira positiva com experiências relevantes ao ensino:

É importante, principalmente para questão de o aluno conhecer essa realidade fora, porque muitas vezes a formação acadêmica, ela dá uma

visão muito diferente porque o contato com o paciente fica restrito ao ambiente escola. (F1)

A integração ensino-serviço possibilita aos estudantes a reflexão sobre o ensino e a produção de cuidados, pois, no cotidiano, deve-se buscar uma sintonia entre a proposta de mudança do modelo da assistência e a formação dos profissionais de saúde (PEREIRA, FRACOLLI, 2011).

No desenvolvimento dos trabalhos os participantes reforçam, que o trabalho desenvolvido pelo serviço contribui para o estudante compreender a proposta do SUS, conforme fragmento abaixo.

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

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

A formação deve englobar além de conhecimentos e habilidades técnicas, um adequado conhecimento sobre o SUS por meio da problematização do processo de trabalho e acolhimento das necessidades individuais e coletivas. Ressalta-se, que tanto o processo de formação como o de cuidado está pautado ainda no modelo biomédico de saúde (FEUERWERKER, COSTA, RANGEL, 2000).

A inserção de profissionais em processo de formação no mundo do trabalho traz contribuições importantes, tanto nos aspectos específicos da profissão como na possibilidade da construção do trabalho em equipe mesmo frente à existência de fragilidades conforme sinalizado na fala seguinte:

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

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

A integração ensino-serviço, pautada no trabalho em equipe, valoriza a interdisciplinaridade contribuindo para o exercício profissional no SUS. São necessários um processo com compromissos institucionais e não somente dos atores isolados em cada cenário (PEREIRA, FRACOLLI, 2011).

Outro destaque diz respeito às contribuições da residência na integração ensino-serviço pelo fato de se tratar de profissionais já formados, proporcionando uma interação maior e possibilitando o desenvolvimento de atividades que suprem algumas fragilidades identificadas no serviço. “[...] acho que os residentes assim, eles interagem mais, eles fazem esse trabalho com a gente, população, eles e a gente.” (TE2).

Além disso, abordam a importância da integração para o aprendizado prático e a possibilidade de fortalecimento do vínculo com os pacientes.

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

Outra questão que o processo de integração estudado ressaltou foi à possibilidade de realizar cuidados assistenciais frente às necessidades individuais, em que se deve valorizar a singularidade, mas também criar oportunidades para compreensão do coletivo e do processo de gestão do serviço:

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

No cotidiano, as ações são realizadas dentro de uma rotina estabelecida pelo processo de trabalho local das equipes de saúde. Com a integração ensino-serviço, a pessoa é mais acolhida pelo contato e receptividade dos estudantes, que identificam conflitos e constroem planos para as necessidades individuais e também coletivas da área de abrangência de cada equipe.

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

Eu acredito que para a formação e também para o serviço a gente teve uma grande contribuição por parte deles porque a equipe, os funcionários, nós próprios que ficamos como preceptores ou

facilitadores a gente aprende junto com eles e também pode estar se atualizando. (E3)

Há de se considerar que o processo de integração se dá a partir das pessoas que interagem buscando atingir objetivos comuns. Deve ser mais que compartilhar espaços, envolve troca de experiências e de conhecimentos. Constata-se o fato de que esse processo é vivenciado diferentemente em cada realidade e percebido pelas equipes, como no exemplo a seguir:

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

Para tanto, a equipe passa por um processo de inquietação, reorganização e de compreensão sobre o que pode ser compartilhado, necessário despir-se do “poder” sem perder a autonomia da gestão local. A inserção de estudantes altera a rotina estabelecida pela equipe local. Exigindo um trabalho ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto para o funcionamento dos serviços. Seja como algo novo ou ao longo do tempo da integração, o profissional do serviço percebe que:

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

Muitas experiências reconhecem os cenários de prática na rede básica como espaços onde as pessoas vivem, trabalham possibilidades, ensinam, aprendem e se organizam frente aos múltiplos determinantes da saúde. Nesses espaços se oferecem oportunidades de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, em situações reais do trabalho e da população, com a realização de práticas assistenciais junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidade (HENRIQUES, 2005).

É imprescindível que haja acordos institucionais. A instituição formadora por meio dos docentes e dos estudantes deve assegurar o compromisso com as políticas adotadas e com a qualidade da atenção, envolvendo adaptação dos espaços, parceria estreita com a gerência local, construção de vínculos com a equipe e usuário e fortalecer a rede de cuidados (CAMPOS, 2007).

Desta forma, há experiências em que a academia, organizada em unidade educacional, trabalha junto da equipe da USF na elaboração de planos de cuidados, propiciando pesquisa-ação e diálogo de saberes com os diferentes sujeitos (FERREIRA, FIORINI, CRIVELARO, 2010). Para tanto, o diálogo entre as instituições formadoras, os gestores da política e da atenção à saúde e os representantes do controle social, deveria sustentar as mudanças, por meio de ações, interações, enfrentamento dos desafios (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

### Distintas formas de inserção dos cursos nos cenários

Os participantes do estudo indicam que a adequação da integração ensino-serviço depende da forma de inserção do estudante conforme se observa na fala abaixo:

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

Depreende-se dessa forma que a metodologia de ensino e a organização curricular são fatores importantes nessa construção, uma vez que para os participantes do estudo é necessário que a academia consiga avançar no cuidado de forma acolhedora.

As mudanças curriculares para formação do profissional generalista com ênfase na promoção à saúde propõem reflexões, sobre o conteúdo educacional, formas de inserção nos cenários de prática, o trabalho em saúde no SUS e o mercado de trabalho. Assim, novos formatos curriculares são construídos, quebrando-se paradigmas e propondo-se novos programas pedagógicos. Algumas instituições formadoras utilizam, então, metodologias ativas de ensino para a construção do conhecimento, visando à aprendizagem significativa (SANTOS, 2011).

A metodologia de ensino representa um dos fatores determinantes dessa inserção, pois reflete nas relações pessoais, no planejamento das atividades, na abordagem do usuário, na busca do trabalho em equipe e no aprimoramento da construção do SUS local. Possibilita transformar a realidade por meio da integração ensino-serviço e propõe que cada ator assuma o papel de protagonista da sua aprendizagem e compartilhe experiências nos cenários de prática. A oportunidade de vivenciar o ambiente e condições de trabalho,

ampliar os olhares para objetivos e ou desafios em comum, pode gerar novas formas de atuação por meio da construção coletiva (MOIMAZ, et al, 2010).

Os profissionais sinalizam, por outro lado, inserções de estudantes que não contribuem com o serviço, uma vez que nem mesmo os objetivos educacionais são apresentados.

Eu sei que eles vêm, eles fazem algumas visitas, às vezes eles solicitam alguns prontuários [...] eles nunca tiveram uma ação com a equipe. Não trouxeram retorno até porque a gente não sabe o que eles estão procurando então, não sei se é só pra conhecer como funciona a saúde pública [...] (AE1)

Frente a isso, é importante refletir sobre a perpetuação do “uso” do serviço para o desenvolvimento dos objetivos educacionais em detrimento de um processo de integração que possibilita troca de saberes de ambos os parceiros. Nesta perspectiva é preciso compreender que se trata de um processo que necessita de contínua reflexão com vistas à reorientação da trajetória.

Historicamente a inserção da universidade nos serviços, foi marcada por priorização do ensino, desconsiderando o cenário da prática como espaço privilegiado de produção de cuidado e de conhecimentos (FEUERWERKER, COSTA, RANGEL, 2000).

Ao longo dos anos, têm-se observado os esforços para efetivar as vivências do estudante nos cenários de prática, visando a compreensão do perfil sociocultural, do perfil epidemiológico e do papel dos diferentes atores frente às necessidades da população e do sistema de saúde (BECCARIA, TREVIZAN, JANUCCI, 2006).

O tempo que o estudante permanece no cenário de prática é considerado como fator importante na aprendizagem, conforme se observa na fala abaixo.

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

Em experiências das instituições formadoras que formularam propostas mais contextualizadas, percebe-se que, nas primeiras séries, avultam os elementos da realidade, enquanto nos estágios finais abordam-se estudos clínicos que estimulam de forma diferente a busca ou articulação mais integrada do processo saúde - doença (FEUERWERKER, COSTA, RANGEL, 2000).

Ressalta-se, como ponto importante o suporte docente, visto que ele poderá contribuir com a construção do conhecimento desde que vivencie a compreensão desse processo junto da equipe.

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

Os estudos evidenciam que o estágio deve contar com supervisão de professores, tutores ou colaboradores, com formação especializada e com experiências sobre saúde pública, devem ser profissionais que visem articular, com as equipes, o ensino com a lógica do modelo de atenção da rede básica (CAMPOS, 2005).

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

As propostas e as atividades da integração ensino-serviço devem passar por uma nova concepção dos órgãos gestores da saúde, o que implica compartilhar responsabilidades quanto à formação de futuros profissionais (FEUERWERKER, COSTA, RANGEL, 2000).

Uma situação que apresenta-se como dificultador da integração ensino-serviço é o fato de o serviço estar centrado no modelo de atendimento da queixa, como evidenciado a seguir, cujas interferências alteram o processo de consolidação da integração ensino-serviço.

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

Propõe-se, que é no cotidiano que o processo deve ocorrer e o desafio está na forma como cada um dos atores do cuidado em saúde contribui com o desejo de olhar para este processo considerando o cenário real, buscando construir a democratização dos espaços onde ocorre o processo de trabalho.

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

A Política Nacional de Educação Permanente propõe que se trata de um “dispositivo” capaz de articular diversos segmentos/atores e instituições de saúde, possibilitando concretizar o SUS na reorientação e reorganização da assistência, a partir do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

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

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

A competência dos diferentes atores no processo de integração para enfrentamento da resolução dos problemas envolve o planejamento das atividades, o grau de autonomia local, mas especialmente ao que se refere à Educação Permanente (BRASIL, 2009).

É necessário avançar para reconhecer a importância de cada sujeito do processo de trabalho e reconstruir um projeto comum, buscando a integralidade do cuidado.

### Considerações Finais

Considerando que a proposta foi analisar o processo de integração ensino-serviço, na perspectiva do profissional de saúde, no contexto da Atenção Básica, constata-se que existem desafios a serem superados tanto nas instituições formadoras como na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde. Contudo, identifica-se que é um processo em construção e que vem ocorrendo conquistas em sua implementação.

Os depoimentos revelam que a inserção da academia no cenário real possibilita um olhar profissional mais humanizado com exploração do contexto de vida das pessoas e isso contribui para que a equipe elabore um plano de cuidado de forma mais integral.

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

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

As instituições formadoras necessitam repensar seus projetos de formação, não somente na transformação de concepções e práticas, mas, sobretudo, nas relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde e do território local.

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

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

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Set. 2008.

BECCARIA, Lúcia M.; TREVIZAN, Maria A.; JANUCCI, Michele Z. **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 ciênc saúde, v. 13, n. 3, p. 137-145, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição: República Federativa do Brasil 1988.** Brasília (DF); 05 de Out de 1988. Disponível em:

[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf). Acesso em: 02 fev 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília (DF); 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf> Acesso: 29 jan 2013.

CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. **Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde: documento preliminar.** Brasília (DF): Associação Brasileira de Educação Médica; 2005.

CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. **Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes.** 3: 6-10, Cad ABEM; 2007.

CECCIM Ricardo Burg, FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** 14(1): 41-65; Rev Saúde Coletiva 2004.

CHIESA Anna Maria, et al. **A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem significativa à lua da promoção da saúde.** 12(2):236-40; Cogitare Enferm. 2007.

DIAS Henrique Santana. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 132 p.; 2011.

SCOREL Sarah, ET AL. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Mar; 21(2-3): 164-176; Rev Panam Salud Publica. 2007.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Relatório de Atividades – FAMEMA 2011.** Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2011. Disponível em: <http://www.famema.br/institucional/documentos/famema2011.pdf>. Acesso em: 10 nov 2012.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde. Projeto Famema em Novas Perspectivas.** Curso de Medicina. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2005a. Disponível em: <http://www.famema.br/institucional/documentos/famema2011.pdf>. Acesso em: 15 dez 2012.

FERREIRA Ricardo Corrêa, FIORINI Vânia Maria Lopes, CRIVELARO Everton. **Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente.** Rev Bras Educ Med. [Internet]. abr-jun; 34(2):207-15; 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>. Acesso em: 3 fev 2013.

FEUERWERKER Laura Camargo Macruz, COSTA Heloniza, RANGEL Maria Lígia. **Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade.** Divulg Saúde Debate; (22):36-48; 2000.

GOMES Romeu. **Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa.** In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a. ed. Petrópolis (RJ): p. 97-105; Vozes; 2007.

GUNTHER Hartmut. **Como elaborar um questionário.** Série: Planejamento de pesquisa nas ciências sociais, N 1 Brasília (DF): UnB, 2003.

HENRIQUES Regina Lucia Monteiro. **Interlocução 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 (RJ): p. 147-59; ABRASCO; 2005.

INDEP – Instituto de Ensino Capacitação e Pós-Graduação [Internet]. Marília (SP): **Capacitação e Pós-Graduação INDEP**; 2013. Disponível em: [http://www.indepos.com.br/cursos\\_exibe.php?id=11](http://www.indepos.com.br/cursos_exibe.php?id=11). Acesso: 20 fev 2013.

KUABARA Cristina Toshie Macedo; TONHOM, Sílvia Franco da Rocha; MARIN Maria José Sanches. **Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde.** In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5.; INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON QUALITATIVE RESEARCH, 1., 2016, Porto. **Atas eletrônicas...** Porto: Ludomedia, 2016. p. 616-625. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/757/744>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8a. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.

MOIMAZ Suzely Adas Saliba, et al. **Práticas de ensino-aprendizagem com bases em cenários reais.** 14(32):69-79; Interface Comun Saúde Educ. 2010.

MORAIS Fatima Raquel Rosado, et al. **A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil.** Porto Alegre (RS); 31 (3):442-9; Rev Gaúcha Enferm; set 2010.

PEREIRA Jaqueline Guisardi, FRACOLLI Lisaine Aparecida. **Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola.** mar-jun; 9(1):63-75; Trab Educ Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revista/r332.pdf>. Acesso em: 15 ago 2012.

SANTOS Wilton Silva dos. **Organização curricular baseada em competência na educação médica.** Rev Bras Educ Med.; 35(1):86-92, 2011.

SOBRINHO Tarcísio Angelo de Oliveira, et al. **Integração Acadêmica e Multiprofissional no Pet-Saúde: Experiências e Desafios.** Jun; 11 (1): 39-42; Rev ABENO. 2011.

UNIVERSIDADE DE MARÍLIA. **Graduação - UNIMAR** [Internet]. Marília (SP): UNIMAR; 2013 Disponível em: <http://www.unimar.com.br>. Acesso em: 20 fev 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. **Graduação - UNESP** [Internet]. Marília (SP): UNESP; 20013. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/>. Acesso em: 20 fev 2013.

#### COMO CITAR ESTE ARTIGO:

KUABARA, Cristina Toshie de Macedo; TONHOM, Sílvia Franco da Rocha; MARIN, Maria José Sanches. **Integração ensino-serviço na perspectiva dos profissionais da rede primária de saúde.** *Revista Fórum Identidades.* v. 22, n. 22, jan./abr., p. 173-192, 2016.

**Recebido:** 07.03.2016 – **Aprovado:** 24.04.2016