

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

LAURA CAVALCANTI DE FARIAS BREHMER

**A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM EXPERIÊNCIAS DO
PRÓ-SAÚDE NA ENFERMAGEM/SC: ESTRATÉGIA PARA A
CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**FLORIANÓLIS
2013**

LAURA CAVALCANTI DE FARIAS BREHMER

**A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM EXPERIÊNCIAS DO
PRÓ-SAÚDE NA ENFERMAGEM/SC: ESTRATÉGIA PARA A
CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentado à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias

A integração ensino-serviço em experiências do PRÓ-SAÚDE na Enfermagem/SC: [tese] : estratégia para a consolidação da Atenção Básica à Saúde / Laura Cavalcanti de Farias Brehmer ; orientadora, Flávia Regina Souza Ramos - Florianópolis, SC, 2013.
243 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Educação Superior. 3. Enfermagem. 4. Integração Ensino-Serviço. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Ramos, Flávia Regina Souza . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

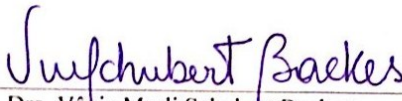
LAURA CAVALCANTI DE FARIAS BREHMER

**A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM EXPERIÊNCIAS DO
PRÓ SAÚDE NA ENFERMAGEM/SC: ESTRATÉGIA PARA
CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

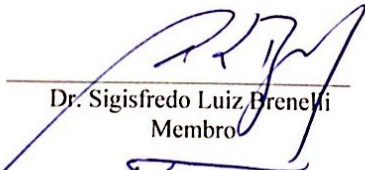
Banca Examinadora:



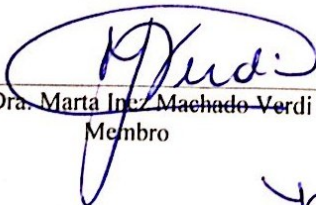
Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



Dra. Maria José Menezes de Brito
Membro



Dr. Sigisfredo Luiz Brenelli
Membro



Dra. Marta Inez Machado Verdi
Membro



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro

DEDICATÓRIA

Às Professoras Flávia Ramos e Marta Verdi, mestras na essência do significado, ensinam com sabedoria, ética e afeto.

A todos(as) os(as) professores(as) que encontrei em toda minha trajetória de formação, que foram exemplos e inspiração para a construção das minhas escolhas.

A todos os profissionais da docência que exercem seus papéis conscientes de suas responsabilidades, enfrentam com coragem os desafios da profissão e perseveram por acreditarem na capacidade de transformação da Educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fortaleza e refúgio.

Ao Luiz, meu amor, companheiro, por sonhar os meus sonhos e vibrar na mesma sintonia que eu, **incondicionalmente** ao meu lado.

À minha mãe, por me ensinar a fazer minhas próprias escolhas com um referencial sedimentado no respeito ao próximo e no trabalho com dignidade.

Ao meu irmão, pelo respeito e admiração.

A todos os familiares, avós, sogro, sogra, tios, tias, cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas, primos, primas, afilhados, afilhadas, pelos incentivos e apoio constantes.

À Professora Flávia, por quem cultivo uma grande admiração. Sabedoria, justiça, dedicação, segurança, compreensão, serenidade são apenas algumas das características de destaque no seu trabalho. Muito obrigada pelas oportunidades e por confiar no meu trabalho.

Aos Membros da Banca Examinadora que aceitaram compartilhar seus conhecimentos para contribuir com o estudo: Prof^o Brenelli, por gentilmente aceitar participar da Banca, foi uma honra contar com sua experiência; Prof^a Maria José, uma das incentivadoras desde o projeto, muitas de suas palavras se mantiveram comigo como motivadoras, muito obrigada pela disponibilidade; Prof^a Marta serei sempre grata a você por despertar meus interesses pela pesquisa e estar sempre ao meu lado na continuidade da minha trajetória; Prof^a Jussara e Prof^a Kenya eu as admiro como exemplos de educadoras, muito obrigada pelo privilégio de contar com a contribuição de vocês neste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina aonde vem sendo delineada minha trajetória acadêmica e profissional. Sou imensamente grata à UFSC, ao Departamento de Enfermagem, ao Departamento de Saúde Pública, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento a esta pesquisa.

Às (aos) Professoras (es) do Programa de Pós Graduação em

Enfermagem da UFSC, pela seriedade e compromisso marcantes em todas as experiências de aprendizagem.

As (aos) colaboradoras (es) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, pela atenção à todas as dúvidas e solicitações prontamente atendidas.

À Professora Elza Salema e Professora Marta Verdi, Rosângela Goulart e Scheila Lindner (SPB/UFSC), e Prof. Kenya Reibnitz (NFR/UFSC), pela oportunidade de experienciar os desafios da Especialização em Saúde da Família/UNASUS.

Aos colegas da turma de doutorado 2009 e aos colegas de tutoria da Especialização em Saúde da Família/UNASUS, pelas experiências compartilhadas.

Aos professores, pesquisadores e membros do Grupo Práxis. O Práxis é um espaço privilegiado de discussão de projetos e construção do conhecimento. Muito obrigada pelas contribuições do grupo para este estudo e por aprender com os estudos dos colegas.

Aos coordenadores dos Cursos de Enfermagem das Instituições participantes (FURB, UFSC, UNISUL, UNIVALI, UNOCHAPECÓ) e Coordenadores dos projetos PRÓ-SAÚDE que acolheram a proposta e viabilizaram a realização do processo de coleta de dados.

Aos participantes da pesquisa, acadêmicos de enfermagem, docentes, profissionais dos serviços de Atenção Básica de todos os cenários da pesquisa, agradeço pela confiança e disponibilidade em participar.

Ao Prof^o José Ramón Martínez Riera, meu orientador da Universidade de Alicante no Doutorado Sanduíche, pela recepção e a disponibilidade em viabilizar a realização do meu estudo nesta experiência.

À Prof^a Silvia Azevedo por me acolher em sua experiência em Alicante durante o Doutorado Sanduíche. Muito obrigada por saber dosar a medida de me deixar escrever minha história com a certeza de haver um referencial seguro para o qual eu poderia recorrer.

Há muitas pessoas para eu agradecer, amigos e amigas que foram meu aconchego e porto seguro nos momentos de dúvidas, foram pessoas com as quais eu quis e pude compartilhar minhas alegrias e ficaram felizes com as minhas conquistas. Foram pessoas fundamentais

para que ao olhar para o produto eu me sinta plenamente feliz com o processo. Minhas queridas amigas-irmãs Ana Paula, Tati e Danusa vocês são essenciais na minha história; Adri e Marli, obrigada carinho e apoio sempre presentes; Fernanda Miranda obrigada por ser uma amiga encantadora; Mara obrigada por ser uma amiga sensível; Laurete (La) e Luciana (LU), nosso trio LA-LA-LU, foi uma experiência além de produtiva sempre prazerosa, espero repetir muitas vezes, muito obrigada pela amizade de vocês; Paulinho, obrigada por ser meu amigo para todas as horas; Rita (RITÍSSIMA), agradeço no superlativo, pelo “encontro de nossas almas”, aqui ou além do Atlântico, muito obrigada por sua cumplicidade.

Aos leitores deste trabalho que se identificarem como coparticipes tenham certeza dos meus sinceros agradecimentos e das minhas desculpas se não os citei nominalmente. Este trabalho é fruto de uma construção coletiva, meu reconhecimento a todos que de alguma forma contribuíram para torná-lo realidade.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias. **A integração ensino-serviço em experiências do PRÓ-SAÚDE na Enfermagem/SC: estratégia para a consolidação da Atenção Básica à Saúde.** 2013. 243 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Flávia Regina Souza Ramos
Linha de pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Esta tese reuniu dois grandes desafios atuais na conjugação do setor saúde e educação, a consolidação da Atenção Primária e a formação de profissionais conscientes e comprometidos com seu papel. A integração ensino-serviço representa o objeto do estudo, pois se configura como uma estratégia potencial de aproximação efetiva da formação em saúde com as demandas do Sistema. O objetivo foi analisar o potencial estratégico da integração ensino-serviço em experiências de projetos do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE - em cursos de Enfermagem, no estado de Santa Catarina, Brasil, para a consolidação da Atenção Primária à Saúde. Um levantamento bibliográfico é apresentado no Capítulo 3, retrata o estado da arte sobre a integração ensino-serviço. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo Estudo de Caso. Foi desenvolvido em cinco cursos de Enfermagem de diferentes instituições de ensino superior que desenvolveram projetos do PRÓ-SAÚDE entre os anos de 2005 a 2011. Foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, grupo focal e entrevistas. Os documentos pesquisados correspondem aos Planos Políticos Pedagógicos e aos relatórios dos projetos. Em cada cenário do estudo foi realizado um grupo focal com os alunos da última fase do curso. Também foram entrevistados vinte e dois docentes envolvidos com disciplinas teóricas e práticas na Atenção Primária e quatorze profissionais de saúde dos serviços que acompanham as experiências dos alunos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, parecer N° 1801/2011. Os resultados compuseram o Capítulo 6, apresentados na forma de manuscritos. O item 6.1. descreveu os casos estudados em relação aos elementos teóricos de destaque em articulação com as mudanças propostas para a educação superior no Brasil e estratégias indutoras. A análise dos dados coletados nos grupos focais e entrevistas compõem os três subcapítulos seguintes.

O Item 6.2. revelou os significados atribuídos às experiências de desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE para a formação em Enfermagem. No Item 6.3. a estratégia de integração ensino-serviço recebeu evidência para além do PRÓ-SAÚDE. São abordadas questões acerca das suas contribuições para formação e são apontados fatores intervenientes para atingir seus objetivos. O papel dos atores envolvidos neste processo também emergiu. O Item 6.4. tomou o modelo de atenção à saúde na Atenção Primária e a interdisciplinaridade como escopo para desvelar as percepções dos sujeitos da pesquisa acerca destes objetos. Os resultados demonstraram que a potencialidade da integração ensino serviço e de políticas públicas para a promoção desta estratégia é irrefutável. Os avanços podem ser observados ao longo dos anos, no ensino e na atenção à saúde. Desde a formação aos alunos são criadas oportunidades de vivenciar a profissão em espaços reais e desenvolver suas práticas a partir da articulação das necessidades do processo ensino-aprendizagem e dos serviços de saúde. Alguns fatores limitadores persistem nas relações, sobretudo, quanto aos aspectos organizacionais, estruturais e da disponibilidade individual para mudanças. O verdadeiro sentido da integração ensino-serviço está no encontro dos atores do processo, alunos, docentes e profissionais dos serviços, no diálogo e na conjugação dos saberes.

Palavras-Chaves: Educação Superior; Enfermagem; Integração Ensino-Serviço; Atenção Primária à Saúde; Sistema de Saúde.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias. **The integration learning-service in the experiences of the PRÓ-SAÚDE on nursing/SC, Brazil: strategy to the consolidation of Primary Health Care.** 2013. 243 p. Thesis (Doctorate in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Dr. Flávia Regina Souza Ramos

Research line: Philosophy and Ethics in Health and Nursing

ABSTRACT

This thesis gathered two main current challenges in the conjugation of education and health sectors, the consolidation of Primary Health Care and professionals' training who are aware and committed to their roles. The learning-service integration represents the goal of this research since it can be configured as a potential strategy to the effective approximation between the health training and system's demands. The aim was to analyze the strategic potential about the learning-service integration in experiences of projects related to the Reorientation Program for Professional Training in Health - PRÓ-SAÚDE. It was developed on nursing courses in the state of Santa Catarina, Brazil, in order to improve the Primary Health Care. A bibliographic review is presented in Chapter 3, which depicts the state of the art on learning-service integration. This is a qualitative research and study case type. It was developed in five nursing courses of different higher education institutions that developed PRÓ-SAÚDE projects between the years 2005 and 2011. It was used the document research techniques, focus groups and interviews. The researched documents correspond to the Pedagogical Political Plans and projects reports. At every scenario of the study, it was conducted a focus group with students from the last semester of the course. In addition, twenty-two teachers involved with theoretical and practical subjects in Primary Health Care and fourteen professionals from the health services that accompany the students' experiences were interviewed. This study was approved by the Committee of Ethics and Humans Research, opinion No. 1801/2011. The results formed the Chapter 6, and they were presented in the form of manuscripts. The item 6.1 described the studied cases in relation to the theoretical elements of prominence, in conjunction with the proposed changes for higher education and inducing strategies, in Brazil. The analysis of data collected in the focus groups and interviews make up the three following subchapters. The Item 6.2 revealed the meanings

attributed to the experiences of projects development of the PRÓ-SAÚDE for nursing training. In the Item 6.3, the strategy of learning-service integration was evidenced beyond the PRÓ-SAÚDE. Some issues about its contributions for training were addressed, and some intervening factors to achieve its goals were appointed. The role of the actors involved in this process also emerged. The Item 6.4 took the model of health care in the Primary Health Care and interdisciplinarity as scopes to uncover the perceptions of the research subjects, on these objects. The results demonstrated that the capability of learning-service integration and public policies to the promotion of this strategy are undeniable. The advances can be observed over the years in both education and health care. From the students training, many opportunities are created to experience the profession in real spaces and develop their practices from the articulation of needs of the teaching-learning process and health services. Some limiting factors persist in the relations, especially regarding the organizational and structural aspects along with individual availability for changes. The true meaning of the learning-service integration is in the meeting process of the participants, students, professors, services professionals, dialogue and knowledge partnership.

Key words: Higher Education, Nursing, Learning-Service Integration, Primary Health Care, Health System.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias. **La integración enseñanza-servicio en experiencias del PRÓ-SAÚDE en la enfermería/SC, Brasil: estrategia para la consolidación de la Atención Primaria de salud.** 2013. 243 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Director: Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Línea de Investigación: Filosofía e Ética en Salud y Enfermería.

RESUMEN

Esta tesis reunió dos grandes desafíos actuales en la conjugación del sector salud y educación, la consolidación de la atención primaria y la formación de profesionales conscientes y comprometidos con sus funciones. La integración enseñanza-servicio representa el objetivo del estudio, pues se configura como una estrategia potencial de aproximación efectiva de la formación en la salud con las demandas del sistema. El objetivo fue analizar el potencial estratégico de la integración enseñanza-servicio en experiencias de proyectos del Programa de Reorientación de la Formación Profesional en la Salud, PRÓ-SAÚDE, en cursos de Enfermería en el estado de Santa Catarina, Brasil, para la consolidación de la Atención Primaria de Salud. En el capítulo 3 es presentado un análisis bibliográfico que retrata el estado del arte sobre la integración enseñanza-servicio. Se trata de un estudio cualitativo y del tipo estudio de caso. Fue desarrollado en cinco cursos de Enfermería de diferentes instituciones de enseñanza superior que desarrollaron proyectos del PRÓ-SAÚDE, entre los años 2005 y 2011. Fueron utilizadas las técnicas de investigación documental, grupo de enfoque y entrevistas. Los documentos investigados corresponden a los planos políticos, pedagógicos y a los informes de los proyectos. En cada escenario del estudio fue realizado un grupo de enfoque con los alumnos del último semestre del curso. También, fueron entrevistados veintidós docentes relacionados con las disciplinas teóricas y prácticas en la Atención Primaria y catorce profesionales de la salud, de los servicios que acompañan las experiencias de los alumnos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos, parecer N° 1801/2011. Los resultados compusieron el Capítulo 6, presentados en forma de manuscritos. El ítem 6.1 describió los casos estudiados en relación a los elementos teóricos de destaque, en articulación con los cambios propuestos para la educación superior en

Brasil y las estrategias inductoras. El análisis de los datos recogidos en los grupos de enfoque y entrevistas componen los tres subcapítulos siguientes. El ítem 6.2 reveló los significados atribuidos a las experiencias de desarrollo de proyectos del PRÓ-SAÚDE para la graduación en Enfermería. En el ítem 6.3, la estrategia de integración enseñanza-servicio tuvo importancia más allá del PRÓ-SAÚDE. Son abordadas las cuestiones acerca de sus contribuciones para la formación, y son señalados los factores intervinientes para alcanzar sus objetivos. La función de los actores envueltos en este proceso también emergió. El ítem 6.4 tomó el modelo de atención para la salud en la Atención Primaria, y la interdisciplinariedad como el escopo para revelar las percepciones de los sujetos de la investigación acerca de estos objetos. Los resultados demuestran que la potencialidad de la integración enseñanza-servicio y de las políticas públicas para la promoción de esta estrategia son irrefutables. Los avances pueden ser observados a través de los años, en la enseñanza y en la atención a la salud. Desde la formación de los alumnos son creadas oportunidades de experimentar la profesión en espacios reales, desarrollar sus prácticas a partir de la articulación de las necesidades del proceso enseñanza-aprendizaje y de los servicios de salud. Algunos factores limitadores persisten en las relaciones, especialmente, en los aspectos organizacionales, estructurales y de la disponibilidad individual para los cambios. El verdadero sentido de la integración enseñanza-servicio está en el encuentro de los actores del proceso, alumnos, docentes y profesionales de los servicios, en el diálogo y en la conjugación de los saberes.

Palabras Claves: Educación Superior; Enfermería; Integración Enseñanza-Servicio; Atención Primaria de Salud; Sistema de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATLAS-ti	<i>The Qualitative Data Analysis Software.</i>
CAQDAS	<i>Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software</i>
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURB	Fundação Universidade Regional de Blumenau
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOA- SUS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Pits	Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde
PPP	Plano Político Pedagógico
Programa UNI	Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade
PRÓ SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
Profae	Programa de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PSF	Programa de Saúde da Família
SENADEn	Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNOCHAPECÓ	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
VERSUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
VS	Vigilância da Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das pesquisas envolvendo sujeitos de acordo com suas características no processo de articulação ensino – serviço na formação superior em saúde. Florianópolis, SC, 2012.....	52
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Avanços e desafios nas experiências de integração ensino-serviço.	53
Quadro 2: Caracterização dos alunos participantes da pesquisa.	90
Quadro 3: Caracterização dos docentes participantes da pesquisa.	91
Quadro 4: Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa.	92
Quadro 5: Caracterização geral de organização e funcionamento dos cursos de Enfermagem participantes do estudo.	111
Quadro 6: Síntese das características da Matriz Curricular dos cursos de Enfermagem participantes do estudo.	117
Quadro 7: Características gerais dos projetos PRÓ-SAÚDE de Cursos da Enfermagem, SC.	121
Quadro 8: Síntese das principais ações desenvolvidas com fomento do PRÓ-SAÚDE em Cursos da Enfermagem, SC.	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Conceitos do Marco Teórico	66
Figura 2: Matriz teórico-operativa	96
Figura 3: Categorias Analíticas identificadas a partir dos dados das entrevistas e grupos focais.....	98
Figura 4: Distribuição dos cenários do estudo nas meso regiões do estado de Santa Catarina.	110
Figura 5: Categorias gerais e subcategorias de análise.	137
Figura 6: Categorias gerais e subcategorias de análise.	162

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
LISTA DE QUADROS	23
LISTA DE FIGURAS	25
1 INTRODUÇÃO	30
2 OBJETIVOS.....	42
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	46
3.1 MANUSCRITO 01 - EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	47
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	64
4.1 MARCO TEÓRICO.....	65
4.1.1 Processo de Formação profissional em saúde	66
4.1.2 Currículo	68
4.1.3 Sistema Único de Saúde	70
4.1.4 Atenção Básica à Saúde	74
4.1.5 Integração Ensino-Serviço.....	76
4.1.6 PRÓ-SAÚDE.....	79
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	84
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS OPERACIONAIS	85
5.1.1 Tipo de estudo.....	85
5.1.2 Cenários do estudo	86
5.1.3 Sujeitos do estudo	87
5.1.4 Coleta e registro de dados.....	92
5.1.5 Matriz teórico-operativa.....	94
5.1.6 Análise dos dados	96
5.1.7 Aspectos éticos	98
6 RESULTADOS.....	102

6.1 MANUSCRITO 02 - EXPERIÊNCIAS DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM COM O PRÓ-SAÚDE EM SANTA CATARINA, BRASIL: ESTUDO DE CASO.	104
6.2 MANUSCRITO 03 - EXPERIÊNCIAS DO PRÓ-SAÚDE NA ENFERMAGEM EM SANTA CATARINA, BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS.	131
6.3 MANUSCRITO 04 - INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: IMPLICAÇÕES E PAPÉIS EM VIVÊNCIAS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	155
6.4 MANUSCRITO 05 - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	180
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
REFERÊNCIAS	216
APÊNDICES	228
ANEXOS.....	240



CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O contexto sanitário brasileiro nas últimas décadas, a partir do início de 1970 com o enfraquecimento da ditadura militar, tornou-se palco privilegiado de profundas transformações. Sem pretensões de conseguir elencar o complexo universo social e histórico com seus elementos e fatos, a partir do movimento político e da sociedade pela reforma sanitária no Brasil buscar-se-á delinear alguns aspectos de destaque das mudanças ocorridas no setor saúde brasileiro.

O Movimento Sanitário, liderado por intelectuais e políticos opositores ao regime militar, pode ser considerado o mentor do processo de reformulação do setor. O Movimento manteve uma base firme no conceito ampliado de saúde, relacionou saúde com as condições gerais de vida e a define como um direito do cidadão e um dever do Estado. A concepção da atenção a saúde deve ultrapassar o atendimento às doenças, visar para além do curativo, se estender a proteção e a promoção da saúde (GERSCHMAN, 1995).

Ideias sobre medicina comunitária surgiram nos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades brasileiras, aliadas ao conceito de Atenção Primária a Saúde¹, sistematizado na Declaração de Alma Ata², e também marcaram o Movimento Sanitário na construção das propostas empregadas em oposição ao sistema de saúde pública vigente na época (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

O projeto reformador do setor saúde, defendido pelo Movimento Sanitário, foi discutido e suas indicações foram legitimadas democraticamente pelos segmentos sociais representados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. O relatório final da Conferência, continha muitas das propostas da reforma sanitária e foi encaminhado a Assembléia Nacional Constituinte, convocada no ano seguinte.

Uma parte considerável das indicações impressas no relatório final da VIII CNS constituiu elementos assumidos pela Constituição

¹ A Atenção Primária a Saúde é definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Organização Mundial da Saúde, 1978).

² A Declaração de Alma Ata foi formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 em Alma Ata, no Cazaquistão. Segundo a Declaração, a atenção primária a saúde é fundamental para a promoção da saúde.

Federal Brasileira, promulgada em 1988. Produto de embates ideológicos contrários e favoráveis à reforma sanitária brasileira o texto constitucional de 1988 estabeleceu “a saúde como direito de todos e dever do Estado” e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Merecem destaque os princípios do sistema, como a participação, a descentralização, a atenção integral e a universalidade, defendidos pelos sanitaristas da época (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

O novo conceito de seguridade social contrapôs o caráter previdenciário e contratualista do atendimento à saúde no Brasil, impôs, sobretudo, a possibilidade de superação das dicotomias históricas no setor saúde (COHN et al., 2002).

Passados dois anos da promulgação da Constituição Federal, em 1990 foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Estas leis regulamentaram o funcionamento do SUS no território nacional. Desde então, visando a sustentação da organização e o atendimento dos serviços do SUS conforme os princípios legais, em um território de expressivas diferenças regionais, bem como, superar os limites financeiros, estruturais e técnicos advindos da reforma outros decretos executivos foram elaborados. Dentre esses, as quatro edições das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) em 1991, 1992, 1993 e 1996, as duas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOA-SUS) editadas nos anos de 2001 e 2002 e, recentemente a Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, denominada “Pacto pela Saúde” (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001; GERSCHMAN, 1995).

Os referidos exemplos compõem o vasto arcabouço legal que sustenta toda a organização e ações dos serviços direta e indiretamente relacionados ao SUS.

Nesse cenário de mudanças legais, políticas e estruturais do sistema de saúde pública no Brasil estão imbricados os modelos de atenção à saúde. Autores como Viana e Dal Poz (2005) consideram o SUS como um modelo assistencial que adota a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição da porta de entrada.

Um modelo assistencial pode ser definido como um modo de organizar ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Com o SUS emergiu a necessidade de discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes. O novo sistema de saúde evidenciou a

consolidação de um modelo de atenção que conjugasse as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos. Esse modelo deveria ultrapassar os limites do modelo antropocêntrico e medicalizante e iatrogênico que dominava o sistema de saúde (MONKEN; BATISTELLA, 2008).

O modelo assistencial do SUS é orientado pelo eixo da Vigilância da Saúde (VS). Trata-se de um modelo que incorpora e supera os modelos existentes, redefine o objeto da atenção, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, das organizações de saúde e da cultura sanitária. Incorpora contribuições do planejamento, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÓAS, 1998).

A VS atua sobre problemas e necessidades que requerem atenção e acompanhamento. Articula ações de promoção, prevenção e reabilitação/tratamento. Opera intersetorialmente e combina saberes e tecnologias de diferentes campos de ação (PAIM, 2002).

Outra discussão fomentada pela necessidade de reverter a lógica assistencial se referiu ao paradigma da concepção do processo saúde doença. Segundo Mendes (1999) essa concepção é modificada na medida em que novas concepções articulam saúde com condições de vida. Desta forma, saúde é resultante de um processo de produção social e expressa pela condição de existência dos seres humanos no seu cotidiano. A mudança do paradigma sanitário pressupõe uma mudança paradigmática da biomedicina para a produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social que abrange tudo o que o ser humano cria por meio do conjunto de suas capacidades como tal. Uma sociedade é capaz de produzir e acumular saúde ou produzir enfermidades.

Antes de continuar a discussão nessa perspectiva de modelo cabe uma ressalva acerca da organização hierárquica dos serviços do SUS, com objetivo de caracterizar o objeto do estudo em seu *locus* investigativo.

De forma abstrata e figurativa o SUS organiza seus serviços de atenção a saúde em esferas de atendimento. As esferas são classificadas em níveis hierárquicos primário, secundário e terciário. A divisão dos níveis é representada em uma pirâmide (CONH; ELIAS, 2005).

Mediante essa divisão circunscreve-se este estudo no nível primário de atendimento, situado na base da pirâmide, a Atenção Básica a Saúde, bem como toma-se como referencial para seu objeto o cenário dos serviços de Atenção Básica e os princípios e diretrizes que orientam

sua constituição e organização no SUS.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida. (BRASIL, 2011, p. 3).

No contexto brasileiro, há diferentes compreensões acerca dos conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. Em uma análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e revisão de literatura, Gil (2006) identificou e admitiu que dada a complexidade e heterogeneidade do país, há sobreposição de diferentes referenciais adotados nas definições e aplicações desses conceitos.

Para não haver diferenciação conceitual no contexto e discussões em políticas públicas de saúde no Brasil, a Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011 estabelece a Política Nacional de Atenção Básica em nosso país e determina a utilização do termo Atenção Primária como equivalente à Atenção Básica. Esta Portaria, além de definir as diretrizes para o desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, considerou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização e consolidação desse nível de atenção à saúde.

A visibilidade da Saúde da Família teve início com O Programa de Saúde da Família (PSF). O Programa foi elaborado e implantado

progressivamente nos municípios brasileiros a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde em parcerias com as Secretarias de Saúde estadual e municipais. A proposta surgiu no cenário nacional como um modelo de atenção com bases nos princípios do SUS e no modelo de Vigilância à Saúde, contra hegemônico e capaz de superar a assistência à saúde hospitalocêntrica, médico centrada, biologicista e curativista, denominado modelo clínico ou biomédico de atenção a saúde (FRANCO; MERHY, 2004).

Com a expansão e consolidação do PSF em todo território brasileiro, no ano de 2006 a Portaria 648/2006 reconheceu o então Programa como estratégia para a reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos e princípios gerais do SUS. A mudança do âmbito de Programa para o âmbito de Estratégia Saúde da Família (ESF) visou à reorganização e qualificação do nível primário de atenção à saúde no país em consonância com os fundamentos do SUS. Espera-se como reflexo dessa mudança a reorientação do processo de trabalho com maior potencial para geração de impactos na situação de saúde da população (BRASIL, 2011).

Face às transformações no setor saúde, desde o arcabouço legal à organização do sistema de saúde e a introdução de conceitos determinantes para a atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros, muitos desafios se apresentam e repercutem em outros setores organizados da sociedade.

Considerando as mudanças na saúde e visando superar o modelo de atenção arraigado na prática dos serviços, dois problemas foram evidenciados: a preparação dos profissionais para novo modelo de atenção e a qualificação de trabalhadores sem formação. Dentre as alternativas para atender a atual necessidade as universidades buscaram estratégias como os Projetos de Integração Docente Assistencial e os Cursos de Especialização em Saúde Pública (SAKAI et al. 2001).

Para Feuerwerker (2006), não é possível reorganizar as práticas de saúde sem interferir na formação e no mundo do trabalho. É nesse espaço que os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, são atores essenciais a qualquer estratégia para transformar a prática.

Essa consciência para a integração entre os interesses da saúde e educação não pode ser considerada algo novo na pauta política. Desde 1970 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) já havia divulgado um estudo realizado em países latino-americanos que indicava essencial a aproximação da formação em saúde com as demandas do setor. A Organização Mundial da Saúde (OMS), nesta mesma época, também realizou um estudo que indicava tal urgência na

organização interinstitucional.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde. A formação para a área da saúde precisa ultrapassar a atualização técnico-científica e englobar aspectos de “produção de subjetividade, habilidades técnicas e de pensamentos e o adequado conhecimento do SUS” (FEUERWERKER; CECCIM, 2004, p. 43).

Neste íterim histórico tem-se como marco legal das mudanças na área da educação, que surgiram em meio ao processo histórico de construção do SUS, a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. No contexto destas mudanças incorporou-se o princípio de que as respostas às novas demandas de formação profissional devem estar em sintonia com as tendências reais do contexto das políticas públicas de saúde. Os cursos de graduação passam a extinguir seus currículos mínimos e iniciaram processos de reestruturação curricular.

A nova LDB deliberou sobre toda a organização da educação no país, contudo, sua contribuição para a autonomia das universidades, segundo Galleguillos e Oliveira (2001) foi na competência outorgada às Instituições de Ensino Superior (IES), de definição de seus currículos, favorecendo a adaptação às realidades, necessidades sociais e do trabalho.

Mobilizados pela nova LDB os cursos de graduação iniciaram ou fortaleceram movimentos de discussão para estabelecer suas diretrizes curriculares. A Enfermagem há tempos promovia espaços para a reflexão da formação profissional. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em toda a sua historia sempre destacou-se na organização destes espaços. A exemplo disso, mais recentemente, pode-se citar os Fóruns das Escolas de Enfermagem desde 1990 e os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) desde 1994. Foi da mobilização dos profissionais da Enfermagem nos espaços democráticos de discussão como fóruns e seminários que emergiram importantes propostas para contribuir com a formação profissional.

A partir de 2001 iniciou o processo de revisão e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde como medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, dentre outros. Os Cursos que instituíram novos currículos os fizeram orientados para a formação adequada ao sistema de saúde (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Especificamente na área da Enfermagem, o 3º SENADEn

voltou-se para a formulação das propostas a serem, posteriormente, incorporadas às novas Diretrizes para o Ensino de Graduação em Enfermagem para substituir o currículo mínimo que vigorava na época (GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; MOURA et al., 2006).

Em 2001, a Resolução Nº 3, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, instituiu as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Segundo as Diretrizes, a formação do Enfermeiro deve ter ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001a).

Estes processos visaram, sobretudo, introduzir nos currículos dos cursos da saúde novos pressupostos e disciplinas, capazes de contemplar os requisitos para a formação de profissionais que atendam às atuais formas de pensar e fazer saúde, igualmente, em processo de construção e evolução. A Nova LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais, bem direcionadas orientam a formação de profissionais com participação efetiva no sistema de saúde (ITO et.al., 2006).

Reafirma-se, assim, que as diretrizes constitucionais do SUS, como é a atenção integral, devem determinar a formulação de políticas de saúde e educação para a mudança do perfil profissional desde a graduação (CECIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

O Ministério da Saúde, assumindo seu papel legal na formulação de políticas orientadoras da formação, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde criou no ano de 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Diversas são as iniciativas desenvolvidas para estimular as mudanças no processo de formação de profissionais capazes de atender às demandas de saúde em consonância com os princípios do SUS: Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na perspectiva de articular as iniciativas voltadas para formação em saúde e todos os atores, do ensino e dos serviços de saúde, por meio do Departamento de Educação na Saúde (DEGES) o Ministério da Saúde elaborou em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nesta política está disposto como um dos seus objetivos a articulação das práticas de saúde e de educação no conjunto do SUS e das instituições de ensino, para a transformação destas práticas de

acordo com os pressupostos no modelo de atenção voltados para a integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Recentemente, em 2005, o Ministério da Saúde, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (PRÓ-SAÚDE). A coordenação do Programa é articulada entre a SGTES do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESU) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC). Conta, ainda, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O objetivo do PRÓ-SAÚDE é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

O Programa foi instituído em duas fases, em 2005 e 2007, respectivamente. Na primeira fase contemplou projetos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e na segunda fase os demais cursos da área da saúde. O PRÓ-SAÚDE I e II somam 354 cursos, envolvem as 14 profissões da saúde e 96.649 estudantes de todas as regiões do Brasil. (BRASIL, 2009). Já em dezembro de 2011 o Ministério da Saúde lançou o terceiro edital para seleção de projetos de IES para participação no PRÓ-SAÚDE, desta vez articulado com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde³).

Dentre as experiências de integração ensino serviço o PRÓ-SAÚDE assume importante papel no contexto das iniciativas públicas, conjugando os setores da saúde e da educação, no sentido da promoção de uma formação profissional adequada às necessidades sociais reais do país.

Nos rumos das experiências, desde as mais antigas às atuais estratégias, vê-se o fortalecimento daquelas baseadas na articulação ensino e serviços de saúde, como um cenário potencial para a construção de práticas em consonância com os princípios norteadores do modelo de assistência estabelecidos pela Atenção Básica e a ESF.

As experiências de parceria entre as instituições de ensino e instituições de saúde, onde se pressupõe o desenvolvimento das ações segundo as diretrizes conceituais e legais do sistema de saúde, significa

³ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído a partir de 2007 como programa parceiro do PRÓ-SAÚDE. Trata-se de uma estratégia para o fomento do aperfeiçoamento e especialização em serviço e iniciação ao trabalho, estágios e vivências para profissionais e estudantes da área da saúde de acordo com a realidade e demandas do SUS.

a implementação de uma atenção transformadora desde o processo de formação.

Este projeto de pesquisa pretendeu reunir dois grandes desafios atuais na conjugação do setor saúde e educação. Trata-se da consolidação Atenção Básica à Saúde como cenário privilegiado para a promoção e proteção à saúde no SUS e da formação de profissionais conscientes e compelidos no seu papel de agente transformador. Toma-se a integração ensino-serviço em experiências concretas mediante projetos do PRÓ-SAÚDE e este como atual e sólido programa público intersetorial e indutor de uma formação profissional na saúde voltada para o SUS. Desta forma, a questão norteadora inscreveu-se no âmbito da atenção básica a saúde como um dos pilares do modelo assistencial no SUS e a formação superior em Enfermagem em experiências de integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde por meio do PRÓ-SAÚDE.

Este estudo pretende encontrar respostas para a seguinte questão: ***‘Como a integração ensino e serviço se expressa como estratégia potencial para a consolidação da Atenção Básica à Saúde, em experiências do PRÓ-SAÚDE em cursos de Enfermagem, no estado de Santa Catarina?’***.

A partir desse contexto defendeu-se a seguinte tese: A integração entre instituições de ensino de formação superior profissional em Enfermagem e serviços de Atenção Básica à Saúde, fortalecida por projetos do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE -, constitui-se como uma estratégia potencial de aproximação efetiva da formação em saúde com as demandas do SUS em contextos reais do cuidado e do trabalho, bem como, de promoção e consolidação deste nível de atenção à saúde.

Como processo, o SUS e a consolidação da Atenção Básica à Saúde como modelo assistencial, pautada em princípios como a universalidade e a integralidade, bem como, as estratégias associadas à estes movimentos, constitui um campo fértil para investigação e análise dos avanços, reflexão acerca de fatores limitadores e discussão de potencialidades e fragilidades de contextos reais em que o sistema assume seu *corpus*, no dia a dia dos serviços.

Destarte, estudos que imergem nas experiências, especificamente em experiências de “fazer saúde no SUS” desde a formação profissional, trazem resultados para o fomento de uma postura mobilizadora de reflexão-ação-reflexão como importe interface aos processos de mudanças paradigmáticas e do processo de trabalho.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o potencial estratégico da integração ensino-serviço em experiências de projetos do PRÓ-SAÚDE em cursos de graduação em Enfermagem para a consolidação da Atenção Básica à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as experiências dos projetos PRÓ-SAÚDE em cursos de graduação em Enfermagem, no estado de Santa Catarina (SC).
- Associar os elementos agregadores dos projetos do PRÓ-SAÚDE às experiências de integração ensino-serviço, bem como, para a formação em Enfermagem, na percepção de alunos, docentes e profissionais de serviços de saúde.
- Desvelar fatores potenciais e limitadores das experiências de integração ensino-serviço e do desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE para a formação em Enfermagem, na percepção de alunos, docentes e profissionais de serviços de saúde.
- Evidenciar nas vivências do processo formativo o potencial estratégico da integração ensino-serviço e dos programas indutores da reorientação da formação em saúde para a consolidação da Atenção Básica à Saúde.



CAPÍTULO 3

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: Revisão Integrativa
da Literatura**

3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

3.1 MANUSCRITO 01 – EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE⁴

Experiências de integração ensino-serviço: avanços e desafios no processo de formação profissional em saúde

Experiences on Teaching-Service Integration: Advances and Challenges in the Professional Training Process on Health

Experiencias de la Integración Enseñanza-Servicio: Avances y desafíos en el proceso de formación profesional en la salud

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CNPq. E-mail: laurinhacf@gmail.com Participou de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Flávia Regina Souza Ramos. Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora (Pq CNPq). E-mail: flaviar@ccs.ufsc.br Participou de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

RESUMO

O presente trabalho versa sobre o tema da integração ensino-serviço no processo de formação profissional na saúde. O objetivo foi conhecer quais são os avanços e os desafios apresentados nos diversos cenários reais onde se processam as vivências compartilhadas entre gestores, docentes, alunos, trabalhadores da saúde e comunidade. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir da busca de publicações dos anos de 2001 a 2011 e indexadas nas bases de dados da Biblioteca

⁴ Este manuscrito está formatado segundo as Normas editoriais da Revista Eletrônica de Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás, para qual foi submetido para publicação.

Virtual da Saúde e ao Banco Digital de Teses e Dissertações. A amostra final foi constituída por 17 publicações. As experiências de integração ensino-serviço promovem avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, na reorganização do ensino e da assistência à saúde e em relação a educação permanente. Contudo, persistem desafios a serem superados, sobretudo no compartilhamento de objetivos e no estreitamento das relações com base no diálogo.

Descritores: Serviços de Integração Docente-Assistencial; Formação de Recursos Humanos; Educação Superior.

ABSTRACT

This paper refers to the topic of teaching-service integration in the process of professional training on health. The objective was to know the advances and challenges presented in different real scenarios where shared experiences are processed among managers, teachers, students, health workers and community. It was carried out a literature integrative review starting from the search of publications, between 2001 and 2011, and indexed in the Health Virtual Library database and Banc Digital de Theses and Dissertations. The final sample consisted of 17 publications. The experiences of teaching-service integration promote the approach between universities and health institutions about education reorganization, health care and permanent education. However, there are some challenges to overcome, especially in the sharing of objectives and closer relations based on dialogue.

Descriptors: Teaching Care Integration Services; Human Resources Formation; Education, Higher

RESUMEN

El presente trabajo versa sobre la integración enseñanza-servicio en el proceso de formación profesional en la salud. El objetivo fue conocer los avances y los desafíos presentados en los diversos escenarios reales en los que se procesan las vivencias compartidas entre gestores, docentes, alumnos, trabajadores de la salud y la comunidad. Fue realizada una revisión integradora de la literatura, a partir de la búsqueda de publicaciones entre los años 2001 y 2011 e indexadas en los bancos de datos de la Biblioteca Virtual de la Salud y Banco Digital de Tesis y Disertaciones. La muestra final fue constituida por 17 publicaciones. Las experiencias de integración enseñanza-servicio promueven avances en la aproximación entre universidades e instituciones de salud, en la reorganización de la enseñanza, de la asistencia para la salud y en relación a la educación permanente. Sin embargo, existen desafíos para

ser superados en relación a compartir objetivos y estrechar las relaciones basadas en el diálogo.

Descriptor: Servicios de Integración Docente Asistencial; Formación de Recursos Humanos; Educación Superior

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, no Brasil, foram muitas as transformações legais, institucionais, políticas e paradigmáticas ocorridas nos campos da saúde e da educação.

Apenas para caracterizar com alguns marcos desse processo pode-se citar na saúde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal Brasileira de 1998, com a expressão da saúde como direito de todos e dever do Estado e a orientação para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

Na educação nacional as mudanças foram marcadas pela introdução da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 e, especificamente no âmbito das Instituições de Ensino Superiores, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN) foram definidas pela Resolução 3, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, no ano de 2001.

A aproximação dos campos saúde e educação justifica-se pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde por meio da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do sistema e de acordo com as premissas do SUS. Parece impossível pensar nessa reorganização sem interferir simultaneamente no mundo da formação profissional e no mundo do trabalho⁽¹⁾.

Uma estratégia potencial nessa perspectiva corresponde às experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde. As concepções de Integração Docente Assistencial (IDA) e as experiências de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde fazem parte do movimento de Universidades e gestão da saúde rumo às transformações almeçadas por esses setores⁽²⁾.

Em 2005 o Ministério da Saúde assumindo sua função de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (PRÓ-SAÚDE). O objetivo do PRÓ-SAÚDE é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional com ênfase na Atenção Básica,

promovendo transformações na prestação de serviços à população^(3,4).

São diversas as nuances do processo implementado pela saúde e pela educação enquanto campos do conhecimento e setores da organização social e pública voltados para adequar a formação profissional em saúde às necessidades da realidade social e contribuir para a consolidação do SUS.

O objetivo desse estudo foi identificar a produção científica do período de 2001 a 2011 acerca de experiências de integração docente assistencial em cursos superiores de formação profissional em saúde. Toma-se essas experiências como os cenários reais onde se processam as vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência a saúde, gestores e comunidade.

O conhecimento dos aspectos implicados nas experiências de integração docente assistencial, sejam estes potencializadores ou limitadores, representa uma oportunidade de discussão e reflexão no processo de aprender fazendo no mundo do cuidado e do trabalho em saúde.

MÉTODOS

O estudo é caracterizado como uma Revisão Integrativa da Literatura, cujo percurso metodológico é composto pelas etapas de formulação das perguntas de pesquisa; definição de critérios para a inclusão de estudos na revisão; busca de estudos na literatura; elaboração de um questionário para a coleta de dados; análise dos estudos; interpretação e discussão dos resultados⁽⁵⁾.

Para nortear a condução da revisão foram delineadas as seguintes perguntas: “Em experiências de integração docente assistencial quais os avanços para o processo de formação profissional em saúde?” e “Em experiências de integração docente assistencial quais os desafios no processo de formação profissional em saúde?”.

Foi realizado um levantamento bibliográfico, no mês de fevereiro de 2012, por meio da consulta à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas fontes de informação de Ciências da Saúde em Geral composta pelas bases LILACS – Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, IBECs – Índice Bibliográfico espanhol de Ciências de Saúde, MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Biblioteca Cochrane e SciELO – *Scientific Electronic Library Online*. Outra busca foi realizada no Banco Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Utilizou-se o descritor “Serviços de Integração Docente Assistencial” e as palavras-chaves “Integração Ensino-Serviço” e “Integração Docente Assistencial”.

Na amostra inicial foram incluídas as publicações segundo os seguintes critérios: publicações em formatos de artigos, dissertações ou teses; período de publicação entre os anos 2001 a 2011; textos nos idiomas português, inglês ou espanhol; disponíveis na íntegra em meio eletrônico.

Nestes parâmetros foram selecionadas 38 publicações na base de dados da BVS e 19 na BDTD, totalizando 57 publicações.

A etapa seguinte configurou-se na leitura criteriosa de todos os resumos para verificar a aderência ao tema e a capacidade de responder aos objetivos, bem como, as questões norteadoras dessa revisão. Ao final desse processo foi definida a amostra composta por 17 estudos (13 BVS e 4 BDTD).

Um formulário foi elaborado para a organização das publicações contendo as seguintes informações: título; ano; região do país de realização do estudo; curso(s) envolvido(s); atores envolvidos na pesquisa; considerações sobre os avanços das experiências; considerações sobre os desafios das experiências.

Para a apresentação dos resultados os estudos foram identificados de maneira alfanumérica, com as letras A para artigo, D para dissertação e T para tese e com a numeração de 1 a 17, respectivamente segundo ordem cronológica decrescente de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi formada por (11) artigos, (5) dissertações e (1) tese. De acordo com o ano de publicação, os estudos estão distribuídos da seguinte forma: 2011 (3); 2010 (1); 2009 (5); 2008 (1); 2007 (3); 2006 (3); 2004 (1).

Em relação à região do Brasil de origem das publicações observou-se um predomínio dos estudos provenientes da região Sudeste (64% - 11), seguido dos estudos da região Nordeste (24% - 4) e da região Sul (12% - 2). Optou-se por agrupar por regiões porque alguns estudos abrangiam mais de um estado de uma mesma região e outros não identificavam o estado.

Os estudos, de acordo com os objetivos definidos para essa revisão, partem de experiências cujo objeto de discussão é a integração entre ensino e serviço na formação superior em saúde. Dessa forma, buscou-se conhecer o movimento dos cursos da área da saúde na produção desse conhecimento. Foi possível identificar que 5 estudos construíram suas discussões mediante as experiências de múltiplos cursos da área, 4 estudos originaram-se de experiências do curso de

Enfermagem, 4 estudos correspondem a área da odontologia, 3 estudos são de experiências em cursos de medicina e 1 estudo articulou os cursos de medicina e enfermagem.

Na temática em questão, muitos são os atores envolvidos na articulação entre instituições de ensino e instituições de saúde. Pode-se observar uma tendência nas pesquisas em relação à conjugação de diferentes atores, em busca de contemplar um conhecimento mais abrangente das perspectivas emergentes dessas vivências. Dentre os estudos que envolveram sujeitos, a Tabela 1 demonstra a distribuição dos estudos segundo as características dos sujeitos de pesquisa.

Tabela 1: Distribuição das pesquisas envolvendo sujeitos de acordo com suas características no processo de articulação ensino – serviço na formação superior em saúde. Florianópolis, SC, 2012.

Sujeitos de pesquisa	N de Estudos	%
Profissionais dos serviços de saúde	4	33
Estudantes	3	25
Profissionais do ensino e dos serviços de saúde.	2	16
Estudantes, profissionais do ensino e dos serviços de saúde	2	16
Profissionais do ensino	1	8
TOTAL	12	100

Fonte: BVS; BDTD

A amostra da revisão também foi composta por 4 estudos a partir de dados documentais e 1 relato de experiência, nestes estudos não foram caracterizados sujeitos de pesquisa.

Ao prosseguir com o objetivo de identificar resultados de experiências de integração ensino-serviço representativos de avanços e/ou de desafios para o processo de mudanças na formação de recursos humanos em saúde e na configuração da atenção a saúde foi possível constituir um breve panorama limitado aos estudos selecionados para esta revisão de literatura.

Ambos os aspectos, avanços e desafios, foram evidenciados simultaneamente nas experiências. As situações reais de organização e implementação de integração ensino-serviço revelam nuances positivas, que contribuem para a consolidação dos objetivos propostos pelas

políticas de educação e saúde. E, nessas mesmas experiências, persistem entraves e emergem desafios a serem superados por todos os atores envolvidos no processo, seja na formação, bem como no processo de trabalho dos serviços de atenção a saúde.

O Quadro 1 sumariza os avanços e os desafios extraídos dos estudos da amostra.

Se por um lado as experiências demonstram... – AVANÇOS	Por outro lado, ainda se faz necessário enfrentar... – DESAFIOS
Melhor definição das relações interinstitucionais, com a valorização dos papéis do ensino e dos serviços de saúde para a formação profissional. D2 ⁽⁷⁾ ; A3 ⁽⁸⁾ ; A7 ⁽⁹⁾ ; A9 ⁽²⁰⁾	Efetivar a definição de objetivos compartilhados entre instituições de ensino e instituições de saúde no processo de integração. A1 ⁽¹⁴⁾ ; A4 ⁽²³⁾ ; D6 ⁽¹¹⁾ ; A7 ⁽⁹⁾ ; A8 ⁽¹⁹⁾ ; A10 ⁽¹²⁾ ; A15 ⁽¹⁷⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾
Aproximação do aluno com a realidade do sistema de saúde, com os cenários do cuidado e com o processo de trabalho. A4 ⁽²³⁾ ; A5 ⁽¹⁰⁾ ; D6 ⁽¹¹⁾ ; A8 ⁽¹⁹⁾ ; A9 ⁽²⁰⁾ ; A10 ⁽¹²⁾ ; A11 ⁽²⁵⁾ ; T12 ⁽²⁶⁾ ; D13 ⁽¹⁵⁾ ; D17 ⁽²⁴⁾	Consolidar a aproximação entre as instituições de ensino e as instituições de saúde estabelecendo o diálogo como ferramenta fundamental para o sucesso da integração ensino-serviço. D2 ⁽⁷⁾ ; A8 ⁽¹⁹⁾ ; A10 ⁽¹²⁾ ; D13 ⁽¹⁵⁾ ; D14 ⁽¹⁶⁾ ; A15 ⁽¹⁷⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾ ; D17 ⁽²⁴⁾
Reorganização dos serviços de atenção à saúde para adequação com o processo de formação. A1 ⁽¹⁴⁾ ; A3 ⁽⁸⁾ ; A7 ⁽⁹⁾ ; D13 ⁽¹⁵⁾	Apropriar os conceitos e as diretrizes das políticas públicas da educação e da saúde, bem como reconhecer os papéis de todos os atores envolvidos no processo de integração ensino-serviço: gestores da educação e da saúde, docentes, trabalhadores da saúde, alunos, comunidade. D2 ⁽⁷⁾ ; A3 ⁽⁸⁾ ; D6 ⁽¹¹⁾ ; A8 ⁽¹⁹⁾ ; A10 ⁽¹²⁾ ; A11 ⁽²⁵⁾ ; T12 ⁽²⁶⁾ ; D14 ⁽¹⁶⁾ ; A15 ⁽¹⁷⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾ ; D17 ⁽²⁴⁾
Contribuição para melhorar a atenção à saúde nos serviços. A7 ⁽⁹⁾ ; D14 ⁽¹⁶⁾ ; A15 ⁽¹⁷⁾	
Oportunidade para educação permanente para os profissionais dos serviços de atenção à saúde. A7 ⁽⁹⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾	
Incentivo a realização de pesquisas nos serviços de atenção à saúde. A1 ⁽¹⁴⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾	
Estreitamento das relações entre alunos, docentes e trabalhadores das equipes de saúde dos serviços. A7 ⁽⁹⁾ ; A8 ⁽¹⁹⁾ ; A9 ⁽²⁰⁾ ; A16 ⁽¹⁸⁾ ; D17 ⁽²⁴⁾	

Quadro 1: Avanços e desafios nas experiências de integração ensino-serviço.
Fonte: BVS, BDTD.

Integração ensino-serviço avanços e desafios.

No Brasil, em 1981, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) lançou o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) como um recurso para aproximar o ensino dos serviços de saúde. Esse marco na

história das políticas de educação, bem como todas as propostas de mudanças na formação profissional por meio da LBD e DCN e as transformações no contexto da assistência a saúde pública, a partir da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS em 1990 representam um cenário de profundas transformações nos modos de ensinar e fazer, no ensino e na saúde. Os processos de integração desenvolvidos pelas inúmeras instituições de ensino com os serviços de saúde representam um objeto de estudo a fim de refletir, fomentar a discussão e evidenciar os aspectos implicados nas experiências.

Os cursos de graduação em saúde, a partir das DCN, reformularam suas estruturas organizacionais, curriculares e de formação cada vez mais próxima da realidade social e do trabalho em saúde no SUS. Entre os objetivos dos processos de mudança está o de promover um processo de aprender a ser, a viver juntos e a conhecer, formando profissionais com autonomia e capacidade de assegurar uma atenção à saúde integral e de qualidade⁽⁶⁾.

Respalgadas legalmente por Programas compartilhados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, as experiências de integração ensino-serviço representam indiscutivelmente uma estratégia potencial para a formação de profissionais de saúde haja vista uma perspectiva próxima do real, do concreto das relações com o trabalho, com o cuidado e com o social.

As estratégias de aproximação entre ensino e serviços de saúde representam, cada vez mais, um importante avanço na redefinição e valorização dos papéis institucionais na formação em saúde. Profissionais das universidades e da saúde interagem e integram seus saberes para a promoção de avanços na formação⁽⁷⁻⁹⁾.

Todos os movimentos a favor da promoção da integração ensino-serviço agregam novos elementos para romper a inércia que acomoda os sujeitos no seu fazer cotidiano. Trazer à tona das construções pedagógicas todos os sujeitos responsáveis pela formação reafirma que o processo é coletivo e está em construção, nele cada ator tem um importante papel e distintas responsabilidades.

Nos espaços dos serviços de saúde os alunos desenvolvem vivências únicas impossíveis de serem desenvolvidas nos limites de uma sala de aula. A realidade torna-se o objeto da aprendizagem. Os espaços onde se processam a integração entre ensino e serviços de saúde são considerados espaços de cidadania onde há expressões dos papéis sociais, dos saberes e dos modos de ver o mundo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A inserção dos alunos nos serviços de saúde contribui para a compreensão do significado das teorias aplicadas na prática. Não se trata

de desqualificar o papel da teoria, mas de primar pela aproximação efetiva e real entre a teoria e a prática⁽¹³⁾.

Para corresponder as novas ou renovadas demandas as instituições de saúde, que recebem alunos, reorganizam sua estrutura e repensam sua prática. Esse avanço apresentado por algumas experiências requer uma mobilização bilateral e, certamente, seria facilitada por recursos capazes de suprir deficiências materiais e na contratação de profissionais.

Apesar das adversidades práticas em relação a recursos é possível perceber a implementação de uma nova organização dos serviços de saúde integrados às instituições de ensino, em algumas realidades contando com o incentivo de programas como o Pró Saúde e o Pet Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

Há experiências nas quais profissionais com perfil para a docência são contratados para atuarem em unidades de saúde, além de reformas, ampliações e compra de materiais são providenciados para a operacionalização das práticas dos alunos nos serviços de saúde^(8,14,15).

Mudanças como as citadas e mesmo a presença dos alunos e docentes nos serviços de saúde interferem e são fatores que contribuem para uma relativa melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços^(16,17).

Conjuntamente a essas mudanças e evidências, as experiências de integração ensino-serviço promovem nos serviços de saúde a educação permanente e uma aproximação com a pesquisa^(14,18).

Não é difícil encontrar nos serviços de saúde alguns profissionais com uma percepção equivocada sobre pesquisa como ofício acadêmico. Ou, mais comum, é encontrar equipes sobrecarregadas com as demandas dos serviços, sem possibilidades e/ou incentivos para atividades de pesquisa. É no contexto social e dia a dia das instituições de saúde onde se processam os fenômenos que alimentam a produção do conhecimento. Cabe à academia, sim, promover/mobilizar a participação dos trabalhadores dos serviços, bem como, retroalimentar os serviços com os resultados e as discussões. O que se mostra como mais um aspecto da abrangência da verdadeira integração ensino-serviço.

A integração ensino-serviço promove a troca de saberes e favorece a busca de atualização profissional. Enquanto o docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o profissional da assistência exerce importante papel no fornecimento de informações sobre a realidade em que atua⁽¹⁸⁾.

É nesse espectro de dimensões do processo de integração em que se estreitam as relações entre docentes, alunos e trabalhadores de

saúde^(19,20). São relações que visam facilitar a integração do aluno ao processo de trabalho em saúde, nas quais estão à frente os docentes e os trabalhadores dos serviços. São também relações para contribuir com a consolidação dos princípios do SUS e de uma assistência à saúde de qualidade, que visa a formação, a integração do saber e do fazer, mas, principalmente, são relações de compreensão dos diferentes papéis e mútuas responsabilidades.

Ao vivenciar as experiências de integração ensino-serviço, apesar dos avanços, desafios são enfrentados. Variavelmente, de acordo com a perspectiva, seja do ensino ou do serviço de saúde, a depender do sujeito e seu envolvimento no processo, observam-se diferentes impressões. Em um cenário, a relação entre os alunos e equipe é positiva, por exemplo, na perspectiva do profissional do serviço. No mesmo cenário, os docentes podem considerar a necessidade de fortalecer esse vínculo. Então, as perspectivas variam não só de acordo com os contextos, mas, também, conforme o sujeito desempenha seu papel nas experiências. Logicamente, que este fato é compreensível, dada as subjetividades implicadas. Ainda assim, é importante que sobressaia uma síntese capaz de articular os diferentes elementos que representam avanços, bem como, aqueles que ainda constituem desafios a serem superados.

As definições dos objetivos da inserção dos alunos, por meio das instituições de ensino, nos serviços de atenção a saúde e dos objetivos destes para com as instituições de ensino são desafios a serem superados em experiências de integração ensino-serviço.

Ainda há realidades onde apenas o ensino busca se integrar ao serviço, no sentido de movimento unilateral, sem abrir espaço para que o serviço se integre às ações da academia. Os objetivos acadêmicos estão distantes das estruturas dos serviços de saúde e não se observa a participação dos profissionais na definição e planejamento das atividades desenvolvidas pelos alunos e docentes nos serviços^(9,12).

As relações de podem ser tomadas como um elemento analítico para compreensão das mudanças almeçadas para a formação profissional em saúde. Na organização institucional, nas relações entre os atores, na reprodução de concepções de atenção a saúde, o poder assume importante papel determinante de avanços ou de retrocessos⁽²¹⁾.

São observadas dicotomias fortemente instituídas entre ensino e serviço, desencadeando efeitos negativos nos processos de integração. As relações de força requerem discussão e reflexão para desenvolver instrumentos de ação para a construção e reconstrução de alternativas novas para superação dos entraves. Trata-se de um processo dinâmico, histórico e socialmente constituído, portanto, requer avaliação

permanente como possibilidade de consolidação⁽²²⁾.

A integração entre uma instituição de ensino e outra de serviço deve assumir significados comuns para ambas, os objetivos devem permitir construir espaços pedagógicos onde as experiências representem ganho para ambas as instituições⁽²³⁾.

Como relação, a integração ou a articulação, até mesmo conforme o sentido semântico das palavras, pressupõe conexão entre os sujeitos. A conexão corresponde aos objetivos comuns e a compreensão dos objetivos das partes, com respeito às limitações dos papéis, solidariedade às dificuldades e reciprocidade.

O diálogo se constitui como o instrumento fundamental nas relações. A prática do diálogo contribui desde a definição dos papéis, no esclarecimento dos objetivos e das dúvidas do fazer cotidiano e aproximação dos sujeitos. O diálogo requer mobilização e disposição para ouvir e para falar. Nas relações de integração ensino-serviço o diálogo entre os atores, sobretudo entre as universidades e as unidades de saúde, deve adquirir maior estabilidade, em espaços favoráveis a essa prática e com a participação de todos. Apesar da responsabilidade de todos em promover o diálogo, alguns atores são apontados como figuras chaves, são eles os gestores da administração pública, da educação e da saúde^(7,24).

O reflexo de uma articulação frágil e da ausência de um diálogo estável incide sobre as perspectivas dos papéis. Quem é responsável? Quais as responsabilidades, as competências? Até onde vai o meu papel, no ensino e no serviço? Essas perguntas inquietam docentes e trabalhadores dos serviços de saúde. A falta de respostas concretas, coerentes com a realidade das diretrizes que norteiam a integração ensino-serviço por meio dos convênios celebrados, interferem no desenvolvimento das vivências dos alunos nos cenários da prática, nos trabalhos dos docentes e da equipe de saúde^(25,26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os setores saúde e educação estão mobilizados para orientar o processo de formação profissional para a consolidação do SUS. Com vistas ao alcance desse objetivo são implementadas estratégias como o PRÓ-SAÚDE e o PET-Saúde, e, em geral, as instituições de ensino e de serviços de saúde celebram convênios de integração entre ambas.

A inserção de alunos em cenários reais do cuidado e do trabalho agrega sentido prático aos conhecimentos teóricos. No contexto de profundas transformações nas áreas da educação e da saúde, novos

conceitos e práticas são apresentados às experiências de integração ensino-serviço.

As repercussões positivas e os desafios das experiências de integração ensino-serviço foram evidenciados pelos estudos dessa revisão. A despeito das limitações desse tipo de estudo foi possível tecer um compilado de características atribuídas aos processos de inserção de alunos nos cenários da prática em um contexto de mudanças da formação profissional e do modelo de atenção à saúde no sistema público de saúde.

São inegáveis os avanços, na medida em que as trajetórias das experiências estreitam as relações entre universidades e serviços de saúde, sejam hospitais ou unidades básicas de saúde. A diversidade de cenários, inclusive outros além dessas instituições, possibilita ao aluno uma vivência única e transformadora do processo de formação. O aluno vivencia a realidade do dia a dia do trabalho em saúde e se depara com situações concretas sobre as quais ele irá intervir e exercer seu papel como futuro profissional.

As contribuições são partilhadas para as instituições de ensino e serviço, uma vez que ambas se beneficiam com a integração. A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimentos.

As estratégias de reorientação da formação também representam uma oportunidade para melhorias estruturais nas instituições e para mobilização dos atores no alcance dos objetivos. Há estudos que discutem, inclusive, o reflexo desses avanços no processo de formação em saúde para a qualidade da assistência.

Os desafios persistem em experiências onde os objetivos da integração ensino-serviço são definidos considerando apenas os interesses, unilaterais, das universidades ou dos serviços. Em situações como esta o sucesso do processo está comprometido, uma vez que integração pressupõe parceria. As relações requerem uma lapidação para ressaltar a importância e as responsabilidades pactuadas entre as áreas da educação e saúde.

A concretização dos objetivos acontece pela ação dos gestores, docentes, alunos e trabalhadores dos serviços. Portanto, o diálogo entre esses atores é a base para fortalecer a integração.

A institucionalização do processo de integração ensino-serviço requer compromisso de todos os atores envolvidos.

Os caminhos são diversos e heterogêneos, mas a imagem objetivo delineada, apesar de complexa, é única. Ao término de um processo e no

dever de outros a formação em saúde próxima da real necessidade de saúde da população e do SUS, bem como a educação permanente, são elementos essenciais para fortalecer a atenção à saúde integral, com qualidade e com respeito aos direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS

- 1 - Feuerweker LCM. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. Cadernos da ABEM [internet]. 2006 [cited 2010 nov 27]; 2: 78-80. Available from http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf.
- 2 - Pereira JG, Fraccolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. Rev. Latino-am Enferm. 2009; 17(2): 167-73.
- 3 - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial 2.101 de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília (Brasil) [internet]. 2005 [cited 2010 nov 27] Available from <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>
- 4 - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró Saúde: Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (Brasil); 2007. 78p.
- 5 - Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.
- 6 - Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução n 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF) [internet]. 2001 [cited 2008 ago 24] Available from <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
- 7 - Dias HSA. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011. 132p.
- 8 - Souza AL, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. Interface comun. saude educ. 2011; 15(39): 1071-84.

9 - Pereira JG, Fracolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Rev Lat Am Enferm.* 2009; 17(2): 167-73.

10 – Saliba NA, Saliba O, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM, LOLLI LF. Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. *RGO.* 2009; 57 (4): 459-65.

11 – Garcia CPC. Aprendendo a atuar em atenção básica de saúde: contribuições do estágio curricular em Enfermagem. [dissertation]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009. 104p.

12 – Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(3): 356-62.

13 - 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.

14 - Pereira JG, Fracolli LA. Articulação ensino-serviço e Vigilância da Saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um Distrito Escola. *Trab. Educ. Saude.* (online). [internet]. 2011 [cited 2012 mar 24] 9(1):63-75. Available from <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a05.pdf>

15 – Pereira JG. Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã. [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2007. 124p.

16 – Carmo M. Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG-1996 a 2004. [dissertation]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. 121p.

17 - Beccaria LM, Trevizan MA. Ações do processo de integração docente assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. *Arq. cienc saude.* 2006; 13(2): 89-96.

18 - 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 saude. 2006; 13(3): 61-9.

19 - Caetano JÁ, Diniz RCM, Soares E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare enferm.* 2009; 14(4): 638-44.

20 - Colliselli L, Tombini LHT, Kleba ME, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Rev bras enferm.* 2009; 62(6): 932-37.

21 - Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. [thesis] São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2002. 416p.

22 - Olschowsky A, Silva GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Esc Enferm USP.* 2000; 32(2): 128-37.

23 – Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: Contribuições para o debate. *Cien Saúde Colet.* 2010; 15(1): 221-31.

24 - Guimarães EV. O Internato Rural e a formação do profissional médico para o Programa de Saúde da Família. [dissertation]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.101p.

25 - Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. *Rev baiana de saude publica.* 2007; 31(1): 115-33.

26 Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras. [thesis]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 291p.



CAPÍTULO 4
REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MARCO TEÓRICO

A construção de um marco teórico em trabalhos investigativos proporciona direção à pesquisa e fundamenta a discussão dos resultados. O marco teórico integra o problema investigado ao seu contexto científico, desenvolve e organiza o corpo de conhecimentos gerados pela pesquisa (NEVES; GONÇALVES, 1984).

O objeto desse estudo, integração ensino e serviço em cursos de graduação em Enfermagem, em cenários onde forem desenvolvidos projetos do PRÓ-SAÚDE, constitui um componente do processo de formação. Esse componente congrega elementos teóricos que processados na prática repercutem para a transformação e consolidação do modelo de atenção à saúde.

O processo formativo congrega diversas nuances, de âmbitos como o social, o político, o pedagógico, que interagem e buscam delinear uma certa convergência para nortear a implementação dos currículos e efetivamente do desenvolvimento das competências profissionais.

Para atender ao objeto, aos objetivos e ao delineamento deste estudo buscou-se eleger alguns conceitos relacionados a este contexto, com a intenção de construir uma diretiva teórica para contribuir com as discussões.

Partiu-se do pressuposto que a integração ensino-serviço desenvolve-se mediante a confluência de necessidades reais das áreas da educação e da saúde. A educação como setor responsável por toda organização didático-pedagógica da formação profissional. A saúde, como setor compromissado pelo cuidado integral da saúde da população, que absorve os profissionais formados e é construído pela ação desses sujeitos. Portanto, os objetivos entre estes setores em relação à formação profissional teoricamente são indissociáveis. Estes objetivos devem se encontrar e serem efetivados durante o processo formativo nas estratégias de integração ensino-serviço, com a participação e coresponsabilização de atores como alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde onde ocorrem as vivências da prática.

A Figura 1, abaixo, visa expressar graficamente a conectividade compreendida, entre todos os elementos do contexto representados

como conceitos neste marco teórico.

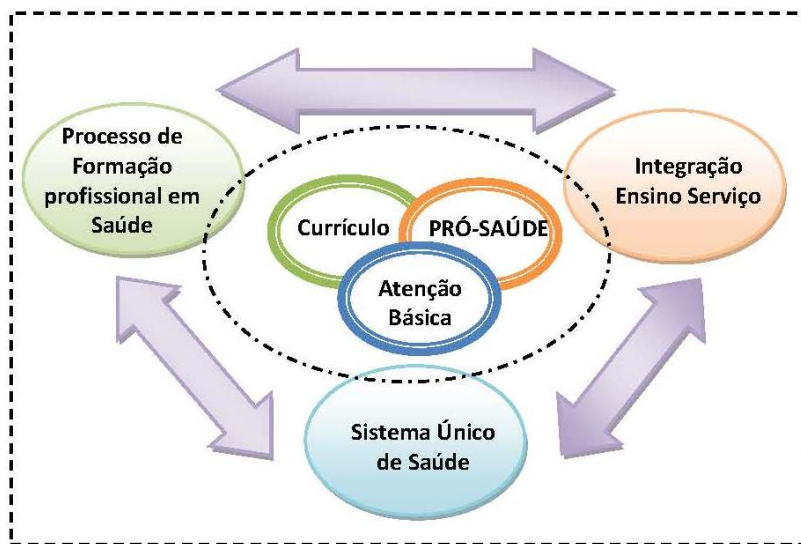


Figura 1: Conceitos do Marco Teórico

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

4.1.1 Processo de Formação profissional em saúde

A formação profissional pode ser definida como a interação do indivíduo que busca o aprendizado com outras subjetividades. A experiência formadora é uma aprendizagem que articula o saber-fazer e os conhecimentos, a funcionalidade e a significação, as técnicas e os valores em um espaço-tempo (JOSSO, 2002).

Compreende-se o processo de formação profissional como processo educativo, cujo objetivo é a passagem do estado de desconhecimento relativo para o estado de conhecimento capaz de transformar a realidade, considerando o contexto do indivíduo e do meio onde se processa (ITO et al., 2006).

No Brasil, na área da saúde, a formação profissional esteve, por muitos anos, atrelada às atividades de natureza estritamente técnicas. O cuidado era ensinado de maneira mecanicista, normativo e prescritivo (PINTO; PEPE, 2007). Algumas heranças dessa época persistem nos

dias atuais. Portanto, uma reflexão sobre os processos educacionais deve ser prospectiva e considerar a velocidade dos impactos globais de um futuro próximo e urgente (SOBRINHO, 2000).

A expectativa das mudanças exigidas pela nossa sociedade indica uma transformação no perfil dos trabalhadores da saúde. O processo de formação profissional em saúde visa acompanhar as mudanças do setor e para isso impõe um desafio às instituições formadoras - construir estratégias com base nos princípios e diretrizes do sistema público de saúde e para além dos moldes técnicos e rígidos dos processos educacionais, pouco críticos e reflexivos (LOPES NETO et al., 2007).

A formação na saúde não deve se restringir aos procedimentos diagnósticos, tratamento e profilaxia de doenças e agravos, mas, sobretudo deve atender as necessidades abrangentes de saúde individuais e coletivas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em um cenário de transformações históricas dos movimentos de redemocratização no país onde são observadas as necessidades de reformas do setor saúde e do setor educação o Ministério da Educação, em 20 de dezembro de 1996, promulgou a Lei 9.394, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Dentre as orientações previstas pela Lei está a reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e recomendações para a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. O currículo mínimo ignorava as características diversas apresentadas pela sociedade, sua complexidade, heterogeneidade e desigualdades de diversas naturezas (LOPES NETO, et al., 2007).

Profundas reflexões sobre o modo como ocorrem os processos de formação e os meios necessários para alcançar os objetivos propostos repercutiram no cotidiano das IES. Era e ainda é indispensável avaliar se conteúdos curriculares e as metodologias de ensino permitem aos novos profissionais o desenvolvimento da visão crítica em relação ao trabalho. Há cada vez menos espaços para os padrões convencionais de educação e o uso de novas tecnologias educacionais está cada vez mais sedimentado nos processos de ensino-aprendizagem (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Para contextualizar um sentido para visão crítica toma-se como referência a compreensão de ‘teoria crítica’ exposta por Santos (2001) onde a realidade não pode ser reduzida apenas ao que existe. A realidade é considerada um campo de possibilidades. A existência de determinado fato, dinâmicas sociais, modos de fazer, não representa a o fim de novas possibilidades que superem tal existência a partir da crítica impulsionada pelo inconformismo.

Para a formação profissional em saúde o Parecer 1133 de 07 de agosto de 2001 do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior representou o fortalecimento da necessidade da articulação entre a área da educação superior e a área da saúde com o objetivo formar profissionais na perspectiva da atenção integral à saúde (BRASIL, 2001a).

A Enfermagem atendeu a convocação do Ministério da educação e mobilizou entidades de classe para discutir e apresentar propostas para as Diretrizes Curriculares. Especialmente a Associação Brasileira de Enfermagem promoveu espaços de discussão de questões relativas à educação em Enfermagem que repercutiram para a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) - Resolução CNE/CES Nº 3 de 7/11/2001 (VALE; FERNANDES, 2006).

A análise das DCN da Enfermagem permite concluir que a formação de profissionais de Enfermagem é regida por uma visão humanista, ética, crítica e reflexiva da realidade (RIBEIRO et al., 2005).

Desta forma, entende-se por processo de formação profissional em saúde a trajetória de indivíduos em interação com outros em um dado processo de ensino-aprendizagem crítico, reflexivo e voltado às necessidades reais da sociedade. Nesta trajetória espera-se o desenvolvimento de competências e habilidades capazes de responder às exigências da profissão em articulação com as demandas da rede de serviços de saúde.

4.1.2 Currículo

Cabe nesse momento tecer uma abordagem conceitual para currículo. Contudo, essa é uma complexa tarefa, pois consiste sintetizar diferentes perspectivas. Segundo Pacheco (2001), currículo pode ser um projeto construído e desenvolvido em interatividade por diferentes atores e em contextos e cenários diversos.

O termo currículo pode ser aplicado com diversos significados, desde a representação do programa oficial de uma disciplina até a planificação e as orientações de aplicação das atividades do processo de ensino e aprendizagem de uma instituição. O currículo também pode tomar o sentido de resultados de aprendizagens quando se compara a intenção dos professores com os resultados dos alunos (GOMES, 1997).

Em outro âmbito, muito próximo a significação e aplicação do

termo currículo, está a discussão acerca do desenvolvimento curricular. Esse é um processo que envolve pessoas e procedimentos na construção, implementação e re-construção do currículo em si. Corresponde ao elo estabelecido entre a intenção e a realidade, e nessa perspectiva pode-se classificar o currículo como currículo formal e como currículo real (PACHECO, 2001).

O currículo formal corresponde ao programa de conteúdos e matérias ou plano de estudos que engloba os programas de um curso. Apresenta os objetivos, as atividades previstas, os métodos e meios de ensino-aprendizagem pretendidos e descreve os processos de avaliação (GOMES, 1997).

Toda a descrição da estrutura e organização oficialmente adotada por um curso ou instituição compõe o seu currículo formal. Já o currículo real situa-se nos ambientes de aprendizagem, é o currículo que efetivamente acontece na prática (PACHECO, 2001).

É da integração entre professores e os elementos do currículo formal que resulta o currículo real. Considera-se essa integração a expressão mais rica dos projetos curriculares oficiais. Há outra compreensão de currículo derivada da incorporação das experiências dos alunos nos processos educativos, trata-se do currículo oculto que não está firmado em planos ou documentos, mas existe nas experiências de ensino-aprendizagem (RODRIGUES, 1999).

Permite-se inserir nessa caracterização de formação e currículo o tema da inovação curricular. A inovação curricular concentra-se no processo pedagógico e nas suas relações cognitivas, afetivas e de habilidades. O desafio está em integrar a inovação com o processo de reformas, já que estas afetam as estruturas do sistema educativo correlacionando-o com as dinâmicas sociais e econômicas. Enquanto isso, a inovação curricular é o papel desempenhado pelas instituições de ensino integradas ao dinamismo imposto pela reforma (OLIVEIRA, KOIFMAN, 2004; PACHECO, 2001).

A inovação curricular interage com o processo de mudança que visa contribuir para a transformação dos processos e práticas de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, para confirmar o sucesso educativo. O foco da inovação está na melhoria qualitativa do processo, sem preocupar-se em demasia com os resultados (PACHECO, 2001).

Anterior a LDB/1996 vigorava o currículo mínimo cujos direcionamentos para o desenvolvimentos dos cursos eram estáticos, não permitiam nenhum tipo de aproximação com a realidade. A LDB extinguiu os currículos mínimos e passaram a orientar, com bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas, às instituições de ensino superior

para a elaboração dos currículos correspondentes ao seu contexto e necessidades sociais, políticas e econômicas (BRASIL, 1996).

Os novos currículos, considerando essas premissas, devem buscar a integração das diversas áreas do conhecimento, dentro de um mesmo conteúdo e interdisciplinarmente. A apresentação sequencial e fragmentada dos conteúdos de um currículo é apenas um artifício didático, útil para facilitar a compreensão da sua proposta (RABELO, 2001).

Uma formação monodisciplinar e especializada tem um curto alcance e uma vida breve. As atuais condições de acesso à informação e a velocidade das transformações requerem cada vez mais pessoas críticas, com domínio de teorias integradoras. É importante restabelecer o diálogo entre as diversas áreas e disciplinas (SOBRINHO, 2000).

Outro avanço representado pelas DCN expressou o compromisso de todos os envolvidos com as mudanças no cenário sanitário e das políticas públicas com a formação dos profissionais de saúde e a compreensão ampla do significado de currículo potencialmente voltado para a expressão do posicionamento das Universidades em seu papel social na saúde e na educação (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Foi dessa forma que os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos (PPO), na formação de profissionais da saúde, firmou a educação como um fenômeno político e social na formação de cidadãos e profissionais conscientes de seu papel na sociedade (LOPES NETO, et al., 2007).

A orientação teórica de um projeto, programa ou curso também pode ser entendida como o seu marco conceitual ou fundamentação teórica. Representa uma teoria ou conjunto de conceitos que irão conduzir o desenvolvimento das atividades previstas. O corpo de conhecimento de uma profissão é resultado da organização dos fenômenos que a preocupam e da formulação de princípios a partir de conceitos e teorias que fundamentam a prática e o desenvolvimento da profissão (SAUPE; ALVES, 2000).

Neste estudo entende-se por currículo a interação entre a planificação teórica da concepção e organização dos cursos com o desenvolvimento destes projetos nas experiências práticas dos atores do processo de formação em saúde, especificamente na enfermagem.

4.1.3 Sistema Único de Saúde

O SUS deve ser entendido como um processo social em permanente construção e como tal, se configura no desenvolvimento

progressivo e contínuo de sua organização. Este processo iniciou muito antes da sua instituição formal na Constituição Federal de 1988, teve origem a partir da crise do modelo médico privatista, hegemônico no Brasil a partir da segunda metade do século XX (BRASIL, 2006a).

Contudo, ao final da década de 1970, com o enfraquecimento da ditadura militar, surgiram novos atores sociais movidos pelo ímpeto de transformar o cenário de exclusão, fragmentação e dicotomia das políticas públicas de saúde. Destacou-se o movimento sanitário brasileiro com sua luta por transformações legais e reais no sistema de saúde, cuja base ideológica fomentou o reconhecimento da saúde como direito e norteou a elaboração de uma nova organização para o sistema público brasileiro neste âmbito (BREHMER, 2007).

A saúde na Constituição Federal de 1988 foi definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde. Essa Constituição incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, tratando da saúde e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus artigos 196 a 200, cuja regulamentação ocorreu através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O artigo 198 da Constituição Federal prevê a organização do SUS de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera do governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem, além das diretrizes, obedecer aos seguintes princípios dispostos no artigo 7, Capítulo II da LOS 8.080/90:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade da assistência. Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e os serviços preventivos e os curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI. Divulgação de informações quanto o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalizando e hierarquizando a rede de serviços de saúde;
- X. Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência à saúde da população;
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990).

O SUS regulamentado pelas LOS 8.080/90 e 8.142/90 apresentou dificuldades operacionais em seu processo de implantação. Para contornar essas dificuldades, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96) do SUS, com o intuito de normatizar as formas de trabalho conjunto entre as três esferas de governo, buscando a aplicação dos princípios legais para as diferentes realidades locais (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, especialmente, da NOB-SUS 93 e 96 promoveu a integração das ações de saúde entre as três esferas do governo e desencadeou um processo de descentralização intenso. Contudo, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurecia, evidenciou-se um conjunto de problemas e obstáculos em relação aos aspectos críticos para a consolidação do SUS, agravados pela complexa estrutura político administrativa estabelecida na Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica.

Novamente, com o intuito de enfrentar os problemas de implantação do SUS, em janeiro de 2001, através da portaria nº 95 do Ministério da Saúde foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). O conjunto de estratégias apresentado pela NOAS articulava-se em torno da ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, da regionalização e da organização funcional do SUS atualizando a regulamentação da assistência á saúde (BRASIL, 2001b).

Durante o processo de implantação da NOAS-SUS 01/2001 foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais. A alternativa encontrada foi a elaboração da NOAS-SUS 01/2002, que assegurou a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/2001 e procurou oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (BRASIL, 2002).

Anos mais tarde, em 2006, a Portaria 399 de 22 de fevereiro, estabeleceu as Diretrizes do Pacto pela Saúde contemplando o Pacto entre os gestores do SUS nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Transcorridos quatro anos da publicação da NOAS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) buscam estratégias para a pactuação de responsabilidades entre as três esferas de gestão no intento de superar a fragmentação de políticas e programas de saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida determinou compromissos em torno de algumas prioridades que representam impactos sobre a situação de saúde da população, bem como, estabelece metas para cada um dos acordos e para todos os níveis gestores. Dentre os eixos pactuados tem-se o Fortalecimento da Atenção Básica, cujos objetivos perpassam ações de organização para garantir a consonância com os princípios filosóficos e organizativos do SUS.

A base legal do Sistema está exposta em Leis, Resoluções, Portarias, entre outros, contudo, passados mais de 20 anos desde a sua regulamentação muitos outros instrumentos legais foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e interministérios para a construção efetiva dos princípios do SUS. São inúmeras as estratégias para contribuir com a complexa tarefa da organização e funcionamento do Sistema no Brasil.

O processo de formação em saúde intervém e recebe influências

do SUS. O SUS está compreendido neste estudo como construção social em constante transformação e consolidação de práticas assistenciais e de processo de trabalho em saúde. Bem com, corresponde ao sistema estrutural e organizativo da atenção à saúde no país onde os futuros profissionais exercitam o pensar e o fazer na saúde e, irão atuar profissionalmente como agentes para a consolidação das premissas ideais e legais do Sistema.

4.1.4 Atenção Básica à Saúde

Em relação à organização dos serviços de atenção à saúde do SUS, o enfoque neste estudo será para o âmbito da Atenção Básica à Saúde. Desde que o SUS foi concebido ideológica e legalmente, um movimento para a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível da Atenção Básica, foi impulsionado nos âmbitos da gestão e da organização das ações e serviços de saúde (MARQUES; MENDES, 2002).

O Sistema está organizado em três níveis hierárquicos de atendimento, nível primário, nível secundário e nível terciário. Denominados níveis de complexidade de ações e de serviços, os três níveis estão configurados sob a forma piramidal. Compondo a base da pirâmide temos representada a atenção básica à saúde (COHN; ELIAS, 2005).

No contexto brasileiro, há diferentes compreensões acerca dos conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica. Dada a complexidade e heterogeneidade do Brasil há sobreposição de diferentes referenciais adotados nas definições e aplicações dos conceitos e utilização dos termos Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (GIL, 2006; MELLO, FONTANELLA, PIVA, 2009)

Neste estudo adotou-se o conceito de Atenção Básica conforme descreve a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Inclusive, a referida Portaria considerou os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes.

A Atenção Básica se caracteriza por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução

de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida. (BRASIL, 2011, p. 3).

Na promoção do nível da Atenção Básica está implicada a consolidação de um modelo de atenção de caráter integral, com ênfase na promoção e proteção da saúde onde os sujeitos são compreendidos na sua singularidade. Mendes (1999) destacou que a crise na saúde, sobretudo, fundamentou-se na necessidade de reverter a lógica do modelo assistencial biomédico para o modelo de atenção à saúde baseado na produção social da saúde. O referido modelo abrange tudo o que o ser humano cria por meio do conjunto de suas capacidades como tal. Uma sociedade é capaz de produzir e acumular saúde ou produzir socialmente enfermidades. As mudanças das práticas sanitárias propõem estruturar-se sobre o conceito de vigilância à saúde, uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. A vigilância à saúde apóia-se em estratégias de intervenção individual e coletiva, mediante a combinação de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes e, ainda, ações de caráter curativo, com base no saber interdisciplinar e no fazer intersetorial.

Os serviços de Atenção Básica estão inscritos numa área territorial próxima da população de referência adscrita com o intuito de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipe e usuários, garantindo a continuidade e longitudinalidade do cuidado. É o

contato preferencial dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde do SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos direcionados às necessidades de saúde da população, são estratégias para o cuidado integral, com serviços articulados de forma complementar (BRASIL, 2011).

A reorganização da assistência à saúde no SUS, com ênfase na Atenção Básica, e o processo de mudança do modelo de atenção apresentou, como marco, a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. As origens do PSF estão no Programa de Agentes de Saúde (PAS) desenvolvido no Ceará em 1987 e estendido para todo país em 1991, denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e numa experiência de programa de saúde da família, no município de Quixadá/CE. Com estas bases, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como uma política de atenção primária à saúde (MARQUES; MENDES, 2002).

O PSF recebeu status de estratégia para a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica. Desta forma, o Programa passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A Saúde da Família se caracteriza pela composição multiprofissional da equipe, trabalho articulado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsabilidade por uma população específica e segue os demais princípios que norteiam a atenção à saúde no SUS e na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com o texto estabelecido pela Portaria 2.488/2011, os espaços da Atenção Básica à Saúde são cenários privilegiados para as vivências das práticas do processo de formação em saúde. Isto se deve ao fato de congregarem elementos fundamentais para a integração com a realidade social e suas demandas tangíveis às responsabilidades do setor saúde.

4.1.5 Integração Ensino-Serviço

A integração ensino-serviço compreende o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde e os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. Visa à qualidade da atenção à saúde, da formação profissional e a satisfação de todos os envolvidos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A integração de instituições de ensino com o sistema de saúde não deve ser limitada à utilização dos serviços para a prática da

docência. No Brasil, a integração entre ensino e serviço surgiu como pauta de movimentos pró-mudanças na formação superior em saúde desde a década de 1950. Foi a partir dessa máxima que em 1981 a Secretaria de Ensino Superior criou o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) (BRASIL, 1981).

A IDA foi conceituada como:

A união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, a produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981, p. 16).

Esse programa representa apenas um exemplo instituído no sentido de formalizar a estratégia e fomentar experiências com bases em diretrizes para promover a inserção dos alunos em contextos reais do trabalho e do cuidado na saúde.

Com o SUS e as urgências de mudanças no perfil dos profissionais da saúde, implicando-se assertivamente na formação, produziram-se efeitos positivos para a diversificação e consolidação de experiências de integração ensino-serviço.

A IDA como estratégia institucionalizada a partir da década de 1990 passou a ser discutida em projetos associados ao Programa “Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade” ou simplesmente Programa UNI. O referido programa corresponde a uma iniciativa da Fundação W.K. Kellogg desenvolvido em países da América Latina, incluindo o Brasil, envolvendo cursos da área da saúde, predominantemente medicina, enfermagem e odontologia, unidades de saúde nos três níveis de atenção e organizações comunitárias. O Programa UNI se diferenciava por fomentar o pensamento de uma formação voltada às reais necessidades da comunidade (MACHADO; CALDAS JUNIOR; BORTONCELLO, 1997).

Apesar dos avanços introduzidos nos campos da formação profissional em saúde e da atenção à saúde ainda havia horizontes inexplorados como a inclusão da integralidade e da humanização das práticas durante a formação. A Rede Unida se constituiu em 1997 da união entre os projetos IDA e projetos UNI, e tomou para si esse desafio (BARBIERI, 2006).

A integração dos serviços do SUS, as universidades e a

população são construídas com base em relações horizontais e processos de trabalho conjunto. Os acordos devem considerar os interesses, as necessidades e as potencialidades, bem como reconhecer e lidar com a heterogeneidade de cada parte para representar uma agenda de interesses comuns entre os atores (FEUERWERKER, 2004).

Para Albuquerque et al. (2008), os espaços de diálogo entre trabalho e educação assumem lugar privilegiado para o desenvolvimento da percepção dos estudantes sobre o outro; são espaços de cidadania onde todos os atores, com seus saberes, modos de ser e ver o mundo, constroem seu papel na sociedade.

O desenvolvimento de atividades práticas em cenários diversificados deve proporcionar a interação dos alunos com a população e profissionais de saúde desde o início do processo de formação. Diz respeito a essa diversidade a conjugação de práticas em unidades de saúde e em equipamentos educacionais e comunitários (BRASIL, 2007).

Os novos cenários de aprendizagem incorporam e conjugam métodos didático-pedagógicos, vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras, valorização de preceitos morais e éticos, orientações de condutas individuais e coletivas e de organização do processo de trabalho (MARINS, 2004).

Articular a formação profissional e as necessidades sociais em meio ao processo educacional constitui uma estratégia para possibilitar a participação crítica do aluno no mundo do trabalho e na sociedade (AMANCIO FILHO, 2004).

Os conhecimentos construídos por meio das vivências em cenários reais do trabalho e do cuidado permite formar profissionais com a capacidade de solução de problemas oriundos da realidade. Pressupõe o rompimento com a dicotomia histórica entre pensar e fazer, geral e específico, teoria e prática (AMANCIO FILHO, 2004; VENTURELLI, 1999).

A diversificação dos cenários da prática contribui efetivamente para a construção de modelos assistenciais inovadores. A atuação se assenta, principalmente, sobre os problemas da qualidade dos serviços e os estudantes desenvolvem habilidades que influenciarão sobre a postura dos futuros profissionais (MARINS, 2004).

Outra consequência de experiências de formação em cenários diversos é a superação ensino centrado no conhecimento fisiopatológico e desarticulado da realidade social e do cotidiano dos serviços da rede pública de saúde (LOPES NETO et al., 2007).

Mediante o reconhecimento dos avanços políticos e técnicos e

das modificações nos processos de formação de recursos humanos para a saúde identificou-se nas experiências que a definição clara e objetiva do processo de trabalho é o ponto inicial na definição de modelos technoassistenciais e modelos pedagógicos (MARINS, 2004).

Esse processo de trabalho, influenciado pelos processos de mudanças nos âmbitos do setor saúde e do setor educação, exige coerência entre as propostas dos serviços e do ensino em suas dimensões políticas, técnica e metodológica. Os compromissos firmados institucionalmente requerem a responsabilização coletiva, não serão efetivos e consolidados se ocorrerem em iniciativas isoladas (PEREIRA; FRACOLLI, 2009).

As atenções voltadas para a formação centradas no processo de trabalho deveriam ter como objetivo central a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização dos elementos próprios do processo de trabalho (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O princípio do reconhecimento da realidade e a compreensão das diversidades sociais faz-se soberano em todas as experiências de integração ensino-serviço, respeitando como o trabalho se processa em cada contexto. A integração implica em formas diferentes de acontecer, não existe uma compreensão única para o processo, supõe o diálogo para a construção e reconstrução das práticas (OLSCHOWSKY; SILVA, 2000).

É inegável a indissociabilidade entre os campos da prática e da formação, um oferece ao outro um território de possibilidades. Também se evidencia a necessidade de investir em construções concretas de relações ensino-serviço e ampliar a criação de espaços de discussão entre as universidades, os serviços e a comunidade para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e reorganização da atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; PEREIRA, FRACOLLI, 2009).

Considerando todas as associações positivas da integração ensino-serviço ao processo de formação em saúde tal estratégia representa um potencial instrumento para contextualizar as práticas às realidades e demandas de saúde do contexto sanitário com seu cenário sócio-epidemiológico, sua rede de atenção à saúde e seu processo de trabalho.

4.1.6 PRÓ-SAÚDE

Na convergência de todos os acontecimentos nos cenários da

educação e da saúde, com o acúmulo dos conhecimentos por meio das experiências de integração ensino-serviço e em consideração à necessidade de avançar nesse processo novas ações interinstitucionais surgiram nesse ínterim.

No plano dos Programas indutores da formação em saúde com a aprovação das DCN e da parceria entre Ministérios da Saúde e da Educação e OPAS foi lançado, em 2001, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O seu principal objetivo era fortalecer os movimentos pelas mudanças na educação médica, em especial para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2001).

Com o sentido de ampliar Programas como o PROMED para as demais áreas da saúde, o Ministério da Saúde, em 2003, em afirmação ao seu compromisso com a formação superior criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES) e o Departamento de Educação na Saúde (DEGES).

A estas instâncias compete o desenvolvimento de políticas para a formação de pessoal na saúde, educação permanente e valorização dos trabalhadores do SUS. Nesse sentido, foram lançadas estratégias como Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE, Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – Profaps, Pró-Residência, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UnA-SUS (BRASIL, 2012).

A parte, pelo interesse que representa a este estudo, outro exemplo de Programa indutor de mudanças na formação em saúde é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE.

O PRÓ-SAÚDE foi lançado em 2005 por iniciativa interinstitucional da SGTES do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos Educacionais Anísio Teixeira (INEP) ambas vinculadas ao Ministério da Educação. Em sua primeira edição contemplou os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia porque correspondiam as profissões da equipe básica da Estratégia Saúde da Família.

No ano de 2007 foi lançado o segundo edital do PRÓ-SAÚDE que ampliou a participação de projetos a todos os cursos da área da saúde.

Configuram como objetivos do PRÓ-SAÚDE a reorientação da formação comprometida com a abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica à Saúde e capaz de responder às necessidades da população e da operacionalização do SUS. A essência

do Programa encontra-se na aproximação das IES com os serviços de saúde do SUS para transformação do processo ensino-aprendizagem em correspondência com as demandas reais do cuidado e do trabalho na saúde (BRASIL, 2007).

As instituições de ensino, em parceria com as instituições de saúde, elaboram projetos de integração cuja fundamentação está na reorientação da formação conforme os objetivos do Programa. Partindo de uma avaliação inicial do contexto de cada instituição com base nos eixos de Orientação Teórica, Cenários de Práticas e Orientação Pedagógica são definidas as propostas a serem trabalhadas durante o desenvolvimento dos projetos e com o financiamento do PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005).

Cada projeto assume as singularidades de seus contextos, seja educacional quanto da rede de serviços de atenção à saúde. Não há uma estrutura rígida para a configuração das propostas, por isso a orientação por eixos representa um norte para as instituições proponentes. Os eixos são importantes tanto para analisar a atual situação da instituição quanto para definir as metas desejadas.

O eixo da Orientação Teórica assinala a importância das discussões acerca do processo saúde-doença na abordagem teórica e prática. Também indica a necessidade de voltar a produção do conhecimento para as necessidades do SUS e promover pós-graduação e educação permanente segundo as demandas assistenciais. O eixo Cenários de Práticas orienta para a inserção precoce dos alunos nas práticas, com a interação ativa e crescente entre alunos e comunidade e de acordo com as necessidades reais apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde. A Orientação Pedagógica corresponde ao eixo voltado ao modelo pedagógico. A problematização orienta a busca pelo conhecimento e o professor assume o papel de facilitador desse processo (BRASIL, 2005).

O Programa possui uma imagem-objetivo bem delineada, vislumbrando o deslocamento do eixo da formação centrado na atenção individual e especializada para uma atenção que considera as dimensões históricas, sociais, econômicas e culturais. Assim, desde a formação profissional a compreensão abrangente sobre o processo saúde-doença deve ser o foco da aprendizagem. A educação permanente também compõe um importante aspecto da imagem objetivo visto à interação de diferentes atores, alunos, docentes e profissionais dos serviços e seus respectivos papéis na formação (BRASIL, 2007).

Para os interesses deste estudo o PRÓ-SAÚDE representa um elemento para o fomento da integração ensino-serviço, pois nele

convergem aspectos teóricos, pedagógicos e das práticas no processo de formação em saúde com potencial crítico e reflexivo direcionado as necessidades de cada Instituição de Ensino, em parceria com sua rede de serviços de saúde.



CAPÍTULO 5
REFERENCIAL METODOLÓGICO

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS OPERACIONAIS

O método em um estudo investigativo pode ser compreendido como um conjunto de técnicas e instrumentos a partir dos quais o pesquisador norteará a construção do seu trabalho (MINAYO, 2004).

Os aspectos metodológicos, nesse estudo, têm o compromisso de apresentar os elementos contextuais da investigação, ou seja, o cenário onde está inserida e os sujeitos envolvidos, bem como o delineamento das técnicas de coleta, organização e análise dos dados.

5.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo cujo fenômeno investigado requer uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa justifica-se na intenção de aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

A estratégia metodológica adotada foi o Estudo de Caso. Segundo Yin (2010) este se constitui em uma estratégia de pesquisa, especialmente, para as ciências sociais, frequentemente utilizados como método para estudos exploratórios e descritivos. Nos estudos de caso o desejo do pesquisador é a compreensão, em profundidade, de um fenômeno social complexo em seu real contexto. Como método de pesquisa contribui substancialmente para a construção do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados.

A distinção entre fenômeno e seu contexto é um grande desafio para os pesquisadores. Alguns problemas não permitem ser tratados por métodos altamente estruturados, como os experimentos e levantamentos. No âmbito das ciências sociais é crescente a utilização do estudo de caso para explorar situações da vida real cujos limites não são claramente definidos; para preservar o caráter unitário do objeto; descrever a situação do contexto da investigação; formular hipóteses ou teorias; explicar variáveis causais de um fenômeno complexo (GIL, 2010).

Um estudo pode conter mais de um único caso. Estudos de Caso Único ou Múltiplos são variantes de uma mesma estrutura metodológica. O pesquisador opta pela realização de projetos de casos múltiplos em busca de evidências, por vezes, mais consistentes (YIN, 2010).

Esta pesquisa é classificada como Estudo de Casos Múltiplos. Abrangeu cinco cursos de Enfermagem que desenvolveram projetos PRÓ-SAÚDE entre os anos de 2005 a 2011, em Instituições de Ensino Superior do estado de Santa Catarina. Cada curso representou um caso.

5.1.2 Cenários do estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Universidades do estado de Santa Catarina (SC) que oferecem curso de Enfermagem e onde foram desenvolvidos projetos PRÓ-SAÚDE edital I e/ou PRÓ-SAÚDE edital II.

No estado, sob essas condições, foram identificadas cinco instituições e todas foram convidadas e aceitaram participar. São elas a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), cujos cursos de Enfermagem foram contemplados pelos editais I do PRÓ-SAÚDE, a Fundação Universidade Regionais de Blumenau (FURB), a Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), onde os cursos de Enfermagem desenvolveram projetos no edital II do PRÓ-SAÚDE.

A UFSC é uma instituição de natureza pública federal, seu campus principal está situado no município de Florianópolis/SC, capital do estado. Outros campi localizam-se nas cidades de Araranguá, Joinville e Curitiba. Seu curso de Enfermagem foi criado em 1969, reconhecido pelo Parecer 3480 – Decreto 76.853 de 17/12/1975. O ingresso no curso é semestral, a admissão do aluno é por processo seletivo e são ofertadas 70 vagas anuais e, atualmente, o curso tem duração mínima de 10 semestres. A área de Enfermagem da UFSC possui pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado).

A UNOCHAPECÓ é uma fundação privada com extensões localizadas nos municípios de Chapecó, São Lourenço e Xaxim, na região do extremo oeste de SC. O curso de Enfermagem foi implantado a partir do ano 2000 na sede de Chapecó e reconhecido pelo Decreto

1.692 de 26/04/2004. Os alunos ingressam no primeiro semestre letivo por meio de diversas formas de admissão entre elas o vestibular. São oferecidas 45 vagas anuais e o curso tem duração mínima de 9 semestres. Não há pós-graduação vinculada ao curso de Enfermagem.

A FURB configura-se como fundação municipal localizada no município de Blumenau, região catarinense do Vale do Itajaí. A implantação do curso de Enfermagem ocorreu no ano de 2003 e obteve reconhecimento por meio do Decreto SC nº 007 de 17/01/2007. São oferecidas 80 vagas anuais, a principal forma de ingresso no curso é por vestibular e a duração mínima é de 10 semestres. Há oferta de pós graduação *latu e strictu sensu* para a área da saúde, multiprofissional, sem vinculação direta ao curso de Enfermagem.

A Univali é uma fundação privada, possui campus nos municípios de Itajaí, Balneário Camboriú, Biguaçu, Piçarras, São José e Tijucas, região do litoral centro-norte do estado de SC. O curso de Enfermagem, no campus de Itajaí, foi implantado no ano de 1980 e foi reconhecido pela Portaria nº 484 de 19/11/1984. Anualmente são oferecidas 110 vagas, as formas de ingresso são variadas e o currículo atualmente vigente determina a duração de 10 semestres. Na área da saúde há oferta de especializações, mestrado e doutorado.

A UNISUL é uma fundação privada, seu campus mais antigo localiza-se no município de Tubarão, com unidades em Araranguá, Braço do Norte, Içara e Imbituba, na região sul do estado de SC. Também possui um campus na região da Grande Florianópolis. O Curso de Enfermagem iniciou suas atividades no ano de 1976 no campus Tubarão, e obteve reconhecimento na Portaria nº 202 de 10/03/1980. A oferta de vagas totaliza 50 vagas anuais por meio de processos internos, externos, vestibular ou Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). A atual configuração do curso prevê uma duração de 9 semestres, no mínimo. O curso de Enfermagem oferece pós-graduação *latu sensu*.

5.1.3 Sujeitos do estudo

A amostra em pesquisa qualitativa, segundo Deslandes (2004), não se baseia em critérios numéricos. Para que seja representativa o pesquisador deve eleger como sujeitos do seu estudo indivíduos sociais com vínculo significativo com o problema investigado e a quantidade de entrevistas poderá ser determinada pela saturação dos dados.

Foram convidados a participar do estudo alunos, docentes dos

cursos de Enfermagem das instituições de ensino participantes e profissionais de saúde de unidades de Atenção Básica à Saúde participantes dos projetos do PRÓ-SAÚDE que recebem alunos em suas vivências práticas na formação.

Para compor a amostra foram definidos alguns critérios de inclusão, a saber:

- Os alunos deveriam estar na fase mais adiantada do curso, preferencialmente na última fase, desde que seu ingresso no curso também coincidissem com o desenvolvimento de projetos do Pró Saúde. Considerando a recomendação do PRÓ-SAÚDE para a inserção dos alunos nos serviços de saúde desde o início do curso, supôs-se que as experiências no mundo do trabalho tenham sido construídas precocemente e ao final do curso seriam diversas as experiências acumuladas. Em todos os cenários foi possível desenvolver a pesquisa com alunos do último semestre do curso. Em relação às características da amostra final o Quadro 2 apresenta informações específicas.
- Para a seleção dos docentes o Coordenador do projeto PRÓ-SAÚDE foi considerado o informante chave e o entrevistado inicial. Ele foi o responsável por indicar outros docentes tendo em vista as considerações sobre sua atuação em disciplinas e práticas na Atenção Básica à Saúde e sua participação nos projetos do PRÓ-SAÚDE. Foram respeitadas as diferenças institucionais em relação ao quadro docente, bem como a disponibilidade do convidado em participar da pesquisa. Para tanto foi estabelecido um mínimo de 3 docentes por instituição. Participaram do estudo 22 docentes distribuídos nas cinco Universidades (no Quadro 3 pode-se visualizar a distribuição e a caracterização desses sujeitos).
- Os profissionais dos serviços também foram convidados mediante a indicação do Coordenador do projeto do PRÓ-SAÚDE, tendo sido considerada a participação do profissional na recepção e acompanhamento de alunos e docentes em vivências nas unidades de saúde, bem como sua participação nos projetos do PRÓ-SAÚDE. O coordenador era orientado a indicar os profissionais, independente da sua área de formação, ou seja, não era necessário ser um profissional da Enfermagem. Também foram consideradas as diferenças contextuais em relação a rede de serviço participante da integração com o ensino, portanto, no mínimo 2 profissionais por caso deveriam

participar. No total, participaram da pesquisa 14 profissionais, conforme representado no Quadro 4.

Os cenários são assinalados por diferenças contextuais em relação ao número de docentes nos respectivos departamentos de Enfermagem, bem como em relação ao número de unidades de saúde parceiras nos projetos. Dessa forma, considerando as indicações do informante chave, foi estabelecido um mínimo de representantes dos docentes e dos profissionais dos serviços. Em última instância foi considerada a saturação dos dados para determinar a composição da amostra final.

Cód.	Idade	Sexo	Fase	Trabalha	Local de Trabalho
Caso 01-01	33 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 01-02	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-03	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-04	35 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-05	34 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-06	27 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-07	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-08	26 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-09	23 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-10	23 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-11	22 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 01-12	23 anos	F	8ª Fase	Sim	Universidade
Caso 01-13	23 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 01-14	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-15	25 anos	M	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-16	25 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-17	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-18	25 anos	M	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-19	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-20	22 anos	F	8ª Fase	Sim	Clínica privada
Caso 01-21	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 01-22	21 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Cód.	Idade	Sexo	Fase	Trabalha	Local de Trabalho
Caso 02-01	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-02	24 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-03	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-04	34 anos	M	9ª Fase	Sim	Vig. Epidemiológica
Caso 02-05	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-06	24 anos	M	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-07	24 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-08	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-09	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-10	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Caso 02-11	21 anos	F	9ª Fase	Não	-----
Cód.	Idade	Sexo	Fase	Trabalha	Local de Trabalho
Caso 03- 01	23 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 03-02	25 anos	F	8ª Fase	Não	-----

Caso 03-03	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 03-04	21 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 03-05	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 03-06	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 03-07	23 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 03-08	27 anos	M	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 03-09	26 anos	M	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 03-10	26 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 03-11	23 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Cód.	Idade	Sexo	Fase	Trabalha	Local de Trabalho
Caso 04-01	33 anos	M	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 04-02	28 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-03	21 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-04	24 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-05	21 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-06	28 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-07	22 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-08	23 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-09	33 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-10	26 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-11	23 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 04-12	28 anos	F	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 04-13	27 anos	F	8ª Fase	Sim	UBS
Caso 04-14	39 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-15	21 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-16	22 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Caso 04-17	22 anos	F	8ª Fase	Sim	Clínica privada
Caso 04-18	43 anos	F	8ª Fase	Não	-----
Cód.	Idade	Sexo	Fase	Trabalha	Local de Trabalho
Caso 05-01	22 anos	F	8ª Fase	Sim	Clínica privada
Caso 05-02	30 anos	M	8ª Fase	Sim	Hospital
Caso 05-03	22 anos	F	8ª Fase	Sim	Vigilância Epidemiológica
Caso 05-04	29 anos	F	8ª Fase	Sim	Clínica privada

Quadro 2: Caracterização dos alunos participantes da pesquisa.

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

Cód.	Formação	Tempo Formação	Pós Graduação Nível/Área	Tempo docência	Tempo de trabalho na Instituição	Tipo de vínculo trabalhista	Possui outro vínculo
Caso 01-D01	Enfermagem	35 anos	Doutorado Enfermagem	34 anos	30 anos	Efetivo	Não
Caso 01-D02	Enfermagem	30 anos	Doutorado Enfermagem	14 anos	5 anos	Efetivo	Não
Caso 01-D03	Enfermagem	29 anos	Doutorado Enfermagem	17 anos	17 anos	Efetivo	Não
Caso 01-D04	Enfermagem	25 anos	Doutorado Enfermagem	15 anos	15 anos	Efetivo	Não
Caso 01-D05	Enfermagem	30 anos	Pós Doc. Enfermagem	30 anos	19 anos	Efetivo	Não
Caso 02-D06	Enfermagem	12 anos	Espec. Saúde Família e Educação	3 anos	3 anos	Efetivo	Não
Caso 02-D07	Enfermagem	30 anos	Doutorado Enfermagem	20 anos	20 anos	Efetivo	Não
Caso 02-D08	Enfermagem	23 anos	Mestrado Enfermagem	13 anos	11 anos	Efetivo	Não
Caso 02-D09	Enfermagem	13 anos	Doutorado Ciências da Saúde	12 anos	9 anos	Efetivo	Sim
Caso 02-D10	Enfermagem	12 anos	Mestrado Enfermagem	8 anos	8 anos	Efetivo	Não
Caso 02-D11	Enfermagem	24 anos	Mestrado Enfermagem	10 anos	10 anos	Efetivo	Não
Caso 03-D12	Enfermagem	28 anos	Mestrado Saúde Coletiva	16 anos	16 anos	Efetivo	Não
Caso 03-D13	Enfermagem	21 anos	Mestrado Saúde Coletiva	13 anos	13 anos	Prof. Horista	Não
Caso 03-D14	Enfermagem	23 anos	Mestrado Educação	7 anos	7 anos	Prof. Horista	Sim
Caso 03-D15	Enfermagem	17 anos	Mestrado Saúde Coletiva	15 anos	15 anos	Prof. Horista	Sim
Caso 04-D16	Enfermagem	33 anos	Mestrado Eng. de Produção	30 anos	30 anos	Efetivo	Não
Caso 04-D17	Enfermagem	27 anos	Mestrado Enfermagem	25 anos	25 anos	Efetivo	Não
Caso 04-D18	Enfermagem	27 anos	Mestrado Gestão Trabalho ESF	17 anos	17 anos	Efetivo	Sim
Caso 04-D19	Enfermagem	11 anos	Mestrado Saúde Pública	6 anos	6 anos	Efetivo	Sim
Caso 05-D20	Enfermagem	15 anos	Mestrado Ergonomia	10 anos	8 anos	Efetivo	Não
Caso 05-D21	Enfermagem	27 anos	Doutorado Enfermagem	18 anos	18 anos	Efetivo	Não
Caso 05-D22	Enfermagem	26 anos	Mestrado Educação	9 anos	8 anos	Efetivo	Não

Quadro 3: Caracterização dos docentes participantes da pesquisa.

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

Cód.	Formação	Tempo Formação	Pós Graduação Nível/Área	Tempo no serviço	Tempo de trabalho na Instituição	Tipo de vínculo trabalhista	Possui outro vínculo
Caso 01-S01	Enfermagem	9 anos	Espec. Saúde da Família e Saúde Pública.	9 anos	4 anos	Estatutário	Não
Caso 01-S02	Enfermagem	27 anos	Mestrado Enfermagem.	10 anos	10 anos	Estatutário	Não
Caso 01-S03	Enfermagem	20 anos	Especialização em Saúde da Família.	15 anos	10 anos	Estatutário	Não
Caso 02-S04	Enfermagem	14 anos	Mestrado Enfermagem.	13 anos	13 anos	Estatutário	Não
Caso 02-S05	Enfermagem	20 anos	Espec. Saúde da Família e Gestão de RH	20 anos	12 anos	Estatutário	Não
Caso 02-S06	Enfermagem	10 anos	Espec. Saúde da Família e Gestão de UBS.	10 anos	6 anos	Estatutário	Não
Caso 03-S07	Enfermagem	16 anos	Espec. Saúde Coletiva; Saúde da Família.	16 anos	7 anos	CLT	Não
Caso 03-S08	Assistente Social	0	Não	12 anos	12 anos	CLT	Não
Caso 04-S09	Enfermagem	21 anos	Mestrado Gestão Trabalho ESF.	21 anos	21 anos	Estatutário	Não
Caso 04-S10	Enfermagem	9 anos	Espec. Saúde da Família e Saúde Coletiva.	9 anos	3 anos	CLT (emprego público)	Não
Caso 04-S11	Enfermagem	8 anos	Espec. Saúde da Família e Saúde Pública.	8 anos	8 anos	Estatutário	Não
Caso 05-S12	Enfermagem	9 anos	Espec. Gestão Hospitalar; Saúde Mental.	9 anos	6 anos	Estatutário	Sim
Caso 05-S13	Enfermagem	16 anos	Espec. Saúde Pública; Saúde da Família; Gerencia.	15 anos	15 anos	Estatutário	Não
Caso 05-S14	Enfermagem	4 anos	Espec. Gestão Hospitalar; Qualificação para gestores; Saúde da Família.	4 anos	4 anos	Estatutário	Não

Quadro 4: Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa.

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

5.1.4 Coleta e registro de dados

Para compor um estudo de caso, o pesquisador deverá buscar as informações sobre o fenômeno estudado em diferentes fontes de evidência. Os achados ou conclusões de um Estudo de Caso serão, provavelmente, tratados com maior desvelo quando utilizada a triangulação de dados (YIN, 2010).

Neste estudo foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, entrevista e grupo focal como fontes de dados.

De acordo com Yin (2010), a pesquisa a documentos pode reunir novos dados por meio de detalhes não evidenciados por outras fontes, bem como, corroborar com as informações coletadas ou mesmo demonstrar contradições entre documentos e informantes.

Para esse estudo os documentos de interesse foram o Projeto Político Pedagógico (PPP) dos cursos de graduação em Enfermagem e os relatórios do desenvolvimento dos projetos do PRÓ-SAÚDE. O acesso foi mediado pelos coordenadores dos Cursos, bem como pelos coordenadores dos projetos PRÓ-SAÚDE.

Para a coleta de dados com a participação dos alunos recorreu-se a técnica de Grupo Focal. A escolha de uma técnica de coleta diferenciada para os alunos, em relação aos docentes e profissionais dos serviços, justifica-se no fato de que em grupo os alunos podem se fortalecer para transmitir suas opiniões. Ademais, nos grupos as discussões também podem ser fomentadas pelas contribuições dos participantes.

O Grupo Focal é uma estratégia metodológica onde o pesquisador busca o entendimento das diferentes percepções dos sujeitos sobre o objeto do estudo, não devendo ser confundido com uma entrevista, alternando perguntas e respostas. Os participantes e o pesquisador devem buscar a interação sobre o tema proposto, o foco do encontro, de onde irão emergir os dados. (LEVOLINO; PELICIONI, 2001).

As discussões nos grupos focais foram mobilizadas a partir de uma apresentação (APÊNDICE A) com palavras chaves, imagens e questões norteadoras. A apresentação fundamentou-se no objeto, objetivos e no marco teórico desse estudo.

Foram realizados 5 grupos focais, um encontro em cada cenário de pesquisa. O docente coordenador do curso, ou do PRÓ-SAÚDE proporcionou o contato inicial com os alunos da última fase. Nos primeiros encontros com cada fase o objetivo foi a apresentação da síntese da proposta e o convite para participar da pesquisa esclarecendo a dinâmica do processo. Todos eram convidados a participar, os dias programados correspondiam a um dia de aula e, aproximadamente, duas horas do período foram cedidas para a realização dos grupos. De acordo com a vontade expressa pelos alunos optou-se por avaliar o aproveitamento do grupo, bem como, a necessidade de realização de mais de um grupo por caso estudado após efetivar uma primeira experiência a depender do número de participantes, organização da discussão e alcance dos objetivos. Ao final julgou-se desnecessário realizar mais de um grupo por caso, uma vez que as diferenças em relação a amostra não influenciaram

na dinâmica de trabalho nos grupos e o desenvolvimento dos debates e a participação expressiva dos presentes se mostrou suficiente.

A entrevista foi a técnica escolhida para a coleta de dados com os docentes e profissionais dos serviços. Entende-se que essa técnica individual pode representar para esses sujeitos uma situação mais propícia para expressarem suas percepções, evitando possíveis constrangimentos e conflitos de interesses.

Segundo Neto (2004), as entrevistas, buscam nos depoimentos dos atores, as informações que respondem aos objetivos do estudo, trata-se de uma conversa a dois com propósito definido que permite a coleta de dados objetivos e subjetivos.

As entrevistas seguiram o padrão semi-estruturado, pois possibilita uma maior liberdade de expressão tanto do pesquisador como do informante, tendo em vista que a entrevista se desenvolve a partir de um questionamento básico flexível ao processo, permitindo ao entrevistador realizar adaptações necessárias (TRIVIÑOS, 2009).

O roteiro semi estruturado (APÊNDICE B) contemplou questões gerais estruturadas sob a intenção de conhecer as percepções dos sujeitos acerca do tema e objeto de estudo.

O período da realização das entrevistas compreendeu os meses de março a setembro de 2011. Inicialmente foi realizado um contato prévio com as coordenações dos cursos para a apresentação da proposta e obtenção da autorização para realização da pesquisa. A partir da permissão institucional e da ciência do corpo docente era agendada a primeira entrevista com o sujeito considerado ‘informante-chave’ e o mesmo indicava os demais possíveis participantes docentes e profissionais dos serviços. Os contatos foram estabelecidos e as entrevistas eram agendadas conforme a disponibilidade dos participantes. A duração média das entrevistas foi de 50 minutos. A coleta ocorreu em 5 municípios diferentes e por vezes distantes uns dos outros, portanto o tempo decorrido de 6 meses para completar a coleta e satisfazer a disponibilidade dos sujeitos e do pesquisador.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados em áudio digital e posteriormente transcritos. Os registros respeitaram a autenticidade dos documentos e a literalidade dos relatos.

5.1.5 Matriz teórico-operativa

A elaboração de uma matriz teórico-operativa - Figura 3 -

buscou planificar os elementos do marco teórico do estudo e conjugar a ele os componentes direcionadores e as questões mobilizadoras.

Estas questões visaram corresponder aos objetivos da pesquisa, ao marco teórico e orientaram o processo de coleta de dados, bem como as estratégias de pesquisa documental, entrevista e grupo focal.

Categories teóricas	Componentes direcionadores	Operacionalização – questões mobilizadoras	Estratégias de coleta dados
Orientação teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Características gerais dos projetos PRÓ-SAÚDE • Perfil do egresso ordenado pelo currículo • Marco teórico/conceitual do curso • Estrutura curricular do curso • Concepção de educação, saúde e Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elementos de identificação e histórico da experiência ✓ Como está estruturado o curso em relação a imagem objetivo do Programa? ✓ É possível verificar relação entre o marco e perfil de egressos do curso com as práticas educativas desenvolvidas? ✓ Identifica-se integração entre as disciplinas da matriz curricular? ✓ Que concepções de educação, saúde e Enfermagem são expressas? 	Documental
Cenários da prática	<ul style="list-style-type: none"> • Organização da inserção nos cenários da prática • Diversidade de cenários da prática • Atividades desenvolvidas nos serviços • Modelo de atenção à saúde • Processo de trabalho em equipe e interdisciplinar • Interação com a comunidade • Integração ensino-serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são os cenários e o que cada um agrega ao perfil desejado? ✓ São Identificadas lacunas entre competências desejadas e campos práticos? ✓ Quais competências são produzidas nas práticas reais e contextualizadas? ✓ Como se dão as relações no trabalho coletivo ? ✓ Como ocorre a inserção de alunos e professores no campo do cuidado? ✓ Como a formação se articula às necessidades e à realidade social? ✓ Como as práticas do novo modelo assistencial estão conformadas nos cenários? ✓ Como são acordados os interesses, as necessidades e as potencialidades dos envolvidos? ✓ Como é planejado e gerido o processo de Integração ensino-serviço? 	Entrevista Grupo Focal

Orientação pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologias de ensino-aprendizagem • Relação docente e discente • Estratégias de avaliação • Relações pedagógicas • Currículo, inovação e conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como se dá e quem participa da avaliação crítica e ressignificação das experiências? ✓ Como se dá a produção do conhecimento? ✓ Que tecnologias inovadoras são identificadas no processo de formação? ✓ Qual o papel do professor e do aluno? 	Entrevista Grupo Focal
-----------------------	---	--	---------------------------

Figura 2: Matriz teórico-operativa
Fonte: BREHMER; RAMOS, 2011.

5.1.6 Análise dos dados

Nessa fase o pesquisador organiza sistematicamente todos os dados acumulados com dois objetivos claramente delineados, aumentar sua própria compreensão do fenômeno e posteriormente apresentar os achados e considerações de seus estudos. (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Em um primeiro momento, antecessor à análise propriamente, o pesquisador estabelece algumas estratégias analíticas para preparar e conduzir a análise. Uma dessas estratégias, atualmente cada vez mais difundida nos meios acadêmicos, corresponde a utilização de softwares de análise de dados assistidos por computador (CAQDAS – *computer assisted qualitative data analysis software*) como ferramentas capazes de ajudar na organização e categorização de dados. O software não fará a análise, mas auxiliará de modo confiável na codificação e construção de categorias temáticas (YIN, 2010). Para essa fase, nesse estudo, foi utilizado o software ATLAS-ti - *The Qualitative Data Analysis Software*.

Em Estudos de Casos o processo de análise de dados ocorre simultaneamente à coleta.

Segundo Yin (2010) independente da estratégia ou técnica de análise de dados nos estudos de caso deve-se garantir a sua qualidade. Para tanto, a análise dos dados foi orientada por quatro princípios básicos: constituir base em todas as evidências; abordar interpretações rivais importantes, se existir; considerar os aspectos mais significativos a partir da proposta do estudo de caso; demonstrar o conhecimento prévio do pesquisador (YIN, 2010).

A pesquisa documental foi a base para a elaboração do Manuscrito 02 (ver Resultados) cujo objetivo foi a descrição dos casos em relação aos aspectos de organização político-pedagógica dos cursos e elementos do desenvolvimento dos projetos PRÓ-SAÚDE. Para alcançar esse objetivo foram estipuladas questões norteadoras cujas respostas foram encontradas nos documentos pesquisados. : “Quais as principais características da organização dos cursos?”; “Como estão definidos os marcos conceituais, pressupostos e os objetivos para a formação em Enfermagem?”; “Como está estruturada a Matriz Curricular?”; “Como está organizado o estágio supervisionado?”; “Quais as principais características do desenvolvimento dos projetos Pró Saúde?”; “Quais as principais estratégias de ação desenvolvidas pelos projetos Pró Saúde?”.

A análise dos dados, para esta etapa do estudo foi orientada pela construção de sínteses cruzadas de casos, que corresponde à síntese da pesquisa e representa a descoberta decorrente dos estudos individuais (YIN, 2010).

Os dados oriundos dos grupos focais e entrevistas foram organizados no software ATLAS-ti. Nessa fase foram atribuídos códigos para designar os conceitos relevantes de acordo com o delineamento do estudo.

Posteriormente, foram estabelecidas as categorias analíticas. Estas categorias são conceitos extraídos dos dados agrupados por similaridade e segundo a possibilidade de ser atribuído um significado teórico. A exibição da análise, tradicionalmente, consiste na apresentação das categorias em textos discursivos, matrizes ou diagramas. (GIL, 2010).

As categorias desenvolvidas foram agrupadas segundo sua natureza temática. Desta forma, observadas as aproximações entre os temas que emergiram dos dados foram elaborados os Manuscritos 03, 04 e 05 (ver Resultados).

Por fim, cabe ressaltar que não se trata de um estudo comparativo e, considerando a inexistência de registro de dados concorrentes, apesar das diferenças contextuais, durante a definição das categorias os códigos estiveram presentes em todos os casos. Portanto, a partir da ocorrência dos mesmos códigos em todos os casos e sua correspondência aos objetivos do estudo foram definidas as categorias analíticas.

Pode-se observar na Figura 2 a representação das categorias analíticas constituídas neste estudo:

Manuscrito 03	Manuscrito 04	Manuscrito 05
<ul style="list-style-type: none"> • Pró-Saúde - Avaliação sobre as experiências. • Pró-Saúde - Reflexões sobre os avanços. • Pró-Saúde - Considerações sobre os desafios. 	<ul style="list-style-type: none"> • As implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem - fatores contributivos e fatores intervenientes. • Relações que se estabelecem nas vivências - um discurso unísono e uma prática dissonante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hegemonia e contra hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde. • Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa nestes dois âmbitos da formação. • Interdisciplinaridade... Avanços, viés?

Figura 3: Categorias Analíticas identificadas a partir dos dados das entrevistas e grupos focais.

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

5.1.7 Aspectos éticos

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) nortearam o desenvolvimento deste estudo. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como, foi avaliado pelas Coordenações dos Cursos de Enfermagem das instituições onde a pesquisa foi desenvolvida. A aprovação no CEPSH encontra-se sob o registro do Certificado nº 1801 de 28 de fevereiro de 2011 (ANEXO A).

Todos os sujeitos foram convidados a participarem espontaneamente da pesquisa. E sua participação se concretizou mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

O anonimato dos sujeitos e a preservação da identificação dos casos foi um dos compromissos assumidos com todos os participantes da pesquisa e com as IES. As denominações “Caso 1, Caso 2, Caso 3, Caso 4, Caso 5” foram escolhidas por sorteio. Para a apresentação de fragmentos das informações coletadas nos resultados da pesquisa foram utilizados códigos com as seguintes características: Grupos Focais – GF1, GF2, GF3, GF4, GF5; Docentes – D1 a D22; Profissionais dos

Serviços – PS1 a PS14.

Além dos cuidados éticos instituídos houve uma sensível preocupação em respeitar cada instituição participante, bem como os sujeitos participantes. O estudo prezou pelo reconhecimento das contribuições e esforços somados para a concretização de uma investigação envolvendo seres humanos. Desta forma, buscou-se preservar o compromisso firmado com todos os envolvidos no processo, no sentido de manter-se fiel aos objetivos e ao desenvolvimento dos resultados configurados a partir dos dados primários.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Conforme disposto na Instrução Normativa 10 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) os resultados deste estudo serão apresentados na forma de 04 Manuscritos.

O Manuscrito 02 “Experiências da formação superior em Enfermagem com o PRÓ-SAÚDE em Santa Catarina, Brasil: Estudo de Caso” apresenta a descrição dos casos estudados em relação aos elementos de destaque nos Planos Políticos Pedagógicos e nos relatórios dos projetos do PRÓ-SAÚDE e sua articulação com as mudanças propostas para a educação superior no Brasil e suas políticas públicas indutoras.

O Manuscrito 03 “Experiências do PRÓ-SAÚDE na Enfermagem em Santa Catarina, Brasil: Avanços e Desafios” revelou os significados atribuídos por alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde às experiências de desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE para a formação em Enfermagem.

No Manuscrito 04 “Integração Ensino-Serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de graduação em Enfermagem” a estratégia de integração ensino-serviço recebe evidência para além do Programa PRÓ-SAÚDE. São abordadas questões acerca das suas contribuições no processo formativo e são apontados fatores intervenientes para efetivamente atingir todos os objetivos. O papel dos atores envolvidos neste processo também emergiu no debate sobre esta questão.

O Manuscrito 05 “Percepções e experiências do modelo de atenção à saúde na formação em Enfermagem” tomou o modelo de atenção à saúde na Atenção Básica e a interdisciplinaridade como uma de suas características como escopo para desvelar as percepções dos sujeitos da pesquisa acerca destes objetos.

6.1 MANUSCRITO 02 - EXPERIÊNCIAS DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM COM O PRÓ-SAÚDE EM SANTA CATARINA, BRASIL: ESTUDO DE CASO

EXPERIÊNCIAS DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM COM O PRÓ-SAÚDE EM SANTA CATARINA, BRASIL: ESTUDO DE CASO.

THE EXPERIENCES ON NURSING HIGHER EDUCATION WITH THE PRÓ-SAÚDE IN SANTA CATARINA, BRAZIL: A CASE STUDY.

EXPERIENCIAS DE LA FORMACIÓN SUPERIOR EN ENFERMERÍA CON EL PRÓ-SAÚDE EN SANTA CATARINA, BRASIL: ESTUDIO DE CASO.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias
RAMOS, Flávia Regina Souza

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, cujo objetivo foi descrever as experiências de organização curricular e dos projetos Pró Saúde desenvolvidos em Cursos de Graduação em Enfermagem do estado de Santa Catarina, Brasil. A pesquisa foi desenvolvida em cinco cursos superiores em Enfermagem de diferentes instituições de ensino superior que desenvolveram projetos do Programa PRÓ-SAÚDE entre os anos de 2005 a 2011. Os documentos utilizados na seleção dos dados foram os Planos Políticos Pedagógicos e os relatórios referentes aos projetos PRÓ-SAÚDE. A análise foi orientada pela construção de sínteses cruzadas de casos e resultou em duas categorias: “Caracterizando os Cursos em relação ao seu Plano Político Pedagógico” abordou aspectos de identificação dos cursos, definiu os conceitos de Processo Educativo, Competências e Realidade comuns em todos os Planos, e, sintetizou a Matriz Curricular quanto a sua concepção, organização e atividades; “Caracterizando os Cursos em relação aos projetos Pró Saúde” apresentou informações gerais acerca dos projetos do Programa e organizou um compilado das principais estratégias e ações desenvolvidas pelos cursos durante a implementação e vigência do PRÓ-SAÚDE. Foi possível apreender em cada cenário os aspectos de maior evidência das organizações curriculares e das

experiências do desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE. Além da complexidade teórica e organizativa, percebeu-se, por meio dos documentos a mobilização para atender as orientações legais e contribuir com o processo de transformação no ensino e na atenção à saúde.

Palavras-Chave: Educação Superior; Enfermagem; Currículo; Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

ABSTRACT: This is a qualitative research and study case type whose purpose was to describe the experiences on curricular organization and PRÓ-SAÚDE projects developed in undergraduate courses of nursing in the state of Santa Catarina, Brazil. The research was conducted in five university courses of nursing from different higher education institutions that established projects of PRÓ-SAÚDE between the years 2005 and 2011. The documents used for data collection were the Political and Pedagogical Plans and reports related to the projects of PRÓ-SAÚDE. The study was guided by the construction of crossed summaries of cases and resulted in two categories: 1) "featuring the courses in relation to its political and pedagogical plan". It addressed the courses distinguishing aspects, defined the concepts of the Educational Process, Skills and Reality that are common to all plans, and synthesized the Curricular Matrix regarding its conception, organization and activities. 2) "Featuring the courses in relation to the projects of PRÓ-SAÚDE" presented general information about the program of the projects; it organized a compilation of key strategies and actions developed by the courses, in the implementation for the duration of the PRÓ-SAÚDE. It was possible to learn, in each scenario, the aspects of the curricular organizations and experiences on the development of projects of the PRÓ-SAÚDE. Besides the theoretical and organizational complexity, it was realized through the documents the mobilization to meet the legal guidelines and contribute to the transformation process in education and health care.

Key words: Higher education; Nursing; Curriculum; Reorientation Program of Professional Training in Health.

RESUMEN: Se trata de un estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, cuyo objetivo fue describir las experiencias de la organización curricular y de los proyectos PRÓ-SAÚDE desarrollados en los Cursos de Graduación en Enfermería del estado de Santa Catarina, Brasil. La investigación fue desarrollada en cinco cursos superiores en Enfermería de diferentes instituciones de enseñanza superior que desarrollaron

proyectos del Programa PRÓ-SAÚDE, entre los años 2005 y 2011. Los documentos utilizados en la selección de los datos fueron los planos políticos, pedagógicos y los informes referentes a los proyectos del PRÓ-SAÚDE. El análisis fue orientado por la construcción de síntesis cruzadas de casos, y resultó en dos categorías: 1) “caracterizando los cursos en relación a sus planes políticos y pedagógicos”. La misma abordó aspectos de identificación de los cursos, definió los conceptos del proceso educativo, competencias y realidades comunes en todos los planes, y sintetizó la matriz curricular en relación a su concepción, organización y actividades. 2) “Caracterizando los cursos en relación a los proyectos del PRÓ-SAÚDE” presentó informaciones generales acerca de los proyectos del programa y organizó un compilado de las principales estrategias y acciones desarrolladas por los cursos, durante la implementación de la vigencia del PRÓ-SAÚDE. Fue posible aprender, en cada escenario, los aspectos de mayor evidencia de las organizaciones curriculares y de las experiencias del desarrollo de los proyectos del PRÓ-SAÚDE. Además de la complejidad teórica y organizativa fue percibido, por medio de los documentos, la movilización para atender a las orientaciones legales y contribuir con el proceso de transformación en la enseñanza y en la atención para la salud.

Palabras claves: Educación Superior; Enfermería; Currículo; Programa de Reorientación de la Formación Profesional en la Salud.

INTRODUÇÃO

A construção desse estudo foi impulsionada por alguns desdobramentos legais, recentes na história dos setores da educação e saúde, que emergiram de movimentos democráticos de reformas no cenário político brasileiro. Especificamente, na educação destaca-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei n.º 9.394/96 e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) em substituição aos currículos mínimos. Na saúde, o grande pilar foi a Constituição Federal de 1998, com a determinação da organização do Sistema Único de Saúde, regulado posteriormente pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142/90 e cuja uma das atribuições corresponde a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

A partir de 2001 teve início o processo de revisão e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde. Especificamente na área da Enfermagem, a Associação

Brasileira de Enfermagem (ABEn) coordenou o movimento profissional de participação nesse processo. Como fato histórico destaca-se a realização do 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), pois o evento voltou-se para a formulação das propostas a serem posteriormente incorporadas às novas Diretrizes para o Ensino dos Profissionais de Enfermagem para substituir o currículo mínimo que vigorava na época. A Resolução N 3, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, instituiu as novas DCN do Curso de Graduação em Enfermagem. Segundo as Diretrizes, a formação do Enfermeiro deve ter ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001; MOURA et al., 2006).

A interação entre educação e saúde torna-se elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias para superar os inúmeros desafios dessa nova ordem para formação profissional. Com este elemento consolida-se uma lógica de formação voltada ao desenvolvimento de competências correspondentes às reais demandas do Sistema de Saúde que valorizam a atenção à saúde articulada ao social, o exercício da crítica, o protagonismo dos sujeitos.

Estes processos visaram, sobretudo, introduzir nos currículos dos cursos da saúde novos pressupostos e disciplinas, capazes de contemplar os requisitos para a formação de profissionais que atendam às atuais formas de pensar e fazer saúde, igualmente em processo de construção e evolução (ITO, et al., 2006).

Reorganizar as práticas de saúde perpassa a interferência no processo de formação e no mundo do trabalho. É nesse espaço que os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, como atores essenciais a qualquer estratégia para transformar a prática (FEUERWERKER, 2006).

Nesse universo de mudanças, introdução de novos conceitos e práticas muitas foram as iniciativas, como a formação dos Polos de Educação, Coordenações e Observatórios de Recursos Humanos, Programas de Capacitação, dentre inúmeras outras nas três esferas da gestão e por iniciativa das Instituições de Ensino.

Como todo processo que pretende transformações e se desenvolve em meio à heterogeneidade de experiências e descontinuidade de movimentos, ainda se vivencia um período de transição na formação e, também, na atenção à saúde (RENOVATO et al., 2009).

Para delimitar a discussão que se pretende tecer nesse estudo, foi eleita uma iniciativa do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e parcerias, no sentido de promover a integração ensino-serviço visando à

reorientação da formação profissional. Por ser considerada como estratégia potencial para formação em saúde em consonância com as diretrizes curriculares e, conforme define o objetivo do Programa, com uma abordagem integral na atenção à saúde. Trata-se do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE – instituído por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Inicialmente contemplando os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, em 2007, a partir da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, o Programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde.

Este estudo faz parte de uma pesquisa de doutorado intitulada “A integração ensino e serviço em experiências da enfermagem e Pró Saúde: estratégia para a consolidação da Atenção Básica à Saúde”. Um dos resultados alcançados pela pesquisa contemplou o seguinte objetivo: descrever as experiências de organização curricular e dos projetos Pró Saúde desenvolvidos em Cursos de Graduação em Enfermagem do estado de Santa Catarina.

Como contribuições para a produção do conhecimento espera-se agregar elementos que se destacam em experiências concretas do ensino superior em Enfermagem implementados para alcançar as imagens objetivas do processo de mudanças no ensino e na atenção a saúde. A intenção é fomentar as discussões e reflexões acerca deste tema em evidência nas instituições de ensino e serviços de saúde responsáveis pela formação em saúde.

MÉTODOS

Estudo de *design* qualitativo, do tipo Estudo de Caso. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, onde cada Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) representa um caso.

Constituíram cenários do estudo os cursos de graduação em Enfermagem das seguintes IES do estado de Santa Catarina, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

No estado de Santa Catarina os cursos das instituições acima foram contemplados por meio de edital para desenvolverem projetos do PRÓ-SAÚDE, na primeira e/ou na segunda fase de implantação do mesmo. Este foi o critério para definição deste desenho amostral.

Em números, o PRÓ-SAÚDE em sua primeira fase selecionou 89 cursos sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Na segunda fase foram selecionados projetos que contemplaram 265 cursos da área da saúde. Estima-se que envolveu aproximadamente 97.000 alunos. A região Sul do Brasil somou 35 projetos nas duas edições do PRÓ-SAÚDE, Santa Catarina foi responsável por 12 projetos e 5 cursos de Enfermagem participaram dos mesmos (BRASIL, 2011).

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2011. Os documentos utilizados na seleção dos dados foram os Plano Políticos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e os relatórios referentes à submissão dos projetos aos editais do PRÓ-SAÚDE ou referentes a descrição das atividades desenvolvidas pelos referidos projetos.

Para nortear a busca de dados nos documentos foram definidas as seguintes questões: “Quais as principais características da organização dos cursos?”; “Como estão definidos os marcos conceituais, pressupostos e os objetivos para a formação em Enfermagem?”; “Como está estruturada a Matriz Curricular?”; “Como está organizado o estágio supervisionado?”; “Quais as principais características do desenvolvimento dos projetos PRÓ-SAÚDE?”; “Quais as principais estratégias de ação desenvolvidas pelos projetos PRÓ-SAÚDE?”.

A análise foi orientada pela construção de sínteses cruzadas de casos, que corresponde a síntese da pesquisa e representa a descoberta decorrente dos estudos individuais (YIN, 2010).

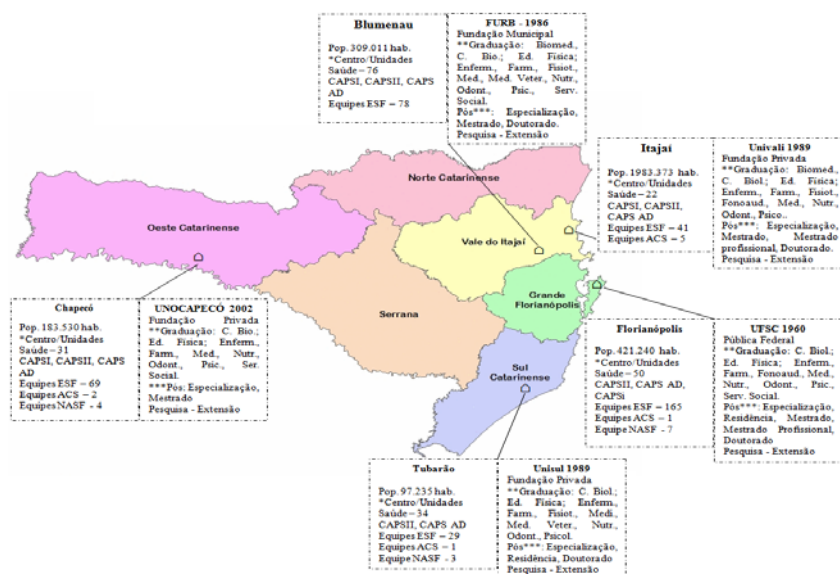
Esta pesquisa documental corresponde a uma etapa de um estudo maior que atendeu as exigências quanto aos aspectos éticos estabelecidos pelas Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) sob o parecer Nº 1801/2011. Sabe-se que as informações características podem identificar as Instituições neste manuscrito. Contudo, trata-se de dados documentais cujo acesso foi autorizado, bem como, alguns se encontram disponíveis em meios públicos de divulgação. Apesar dos fatos optou-se por uma identificação aleatória segundo os códigos Caso 1, Caso 2, Caso 3, Caso 4 e Caso 5.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Segundo do sistema de Cadastro de Instituições de Educação Superior e Cursos do Ministério da Educação (e-MEC), no ano de 2012, o estado de Santa Catarina possui 25 instituições que ofertam cursos de

graduação em Enfermagem. Destas, duas (02) são instituições cuja categoria administrativa é pública federal, onze (11) são instituições classificadas como especiais, nos casos de fundações, e, doze (12) são instituições privadas com fins lucrativos.

Para fins ilustrativos, o estado pode ser dividido por regiões geográficas ou administrativas. Nesse caso, optou-se, para caracterizar a distribuição das cinco (05) instituições participantes desse estudo, a divisão por Macro regiões de saúde. A Figura 4 apresenta a distribuição e traz algumas informações básicas sobre o município sede e a instituição de ensino.



*Centros ou Unidades de Saúde, públicos, da rede de atenção básica.

** Graduações oferecidas na área da saúde.

*** Pós Graduações na área da saúde.

Figura 4: Distribuição dos cenários do estudo nas meso regiões do estado de Santa Catarina.

Fonte: IBGE, 2010.

Caracterizando os Cursos em relação ao seu Plano Político Pedagógico

A definição de uma organização mínima para o desenvolvimento

dos cursos de graduação em Enfermagem, no Brasil, é regida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) por meio das Diretrizes, Pareceres e Resoluções que determinam parâmetros relativos a configuração exigida para os cursos, regulam o funcionamento dos mesmos e avaliam constantemente o ensino implementado. Sendo assim, os cursos atendem as orientações gerais e seguem os parâmetros recomendados. No Quadro 5 são apresentadas características de natureza comum entre os cursos, que, apesar das diferenças seguem os padrões estabelecidos pelo MEC.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Implantação/ Reconhecimento*	1969-1975	2000-2004	1976-1980	1980-1984	2003-2007
Curriculo de Referência**	2004/1	2007/1	2007/1	2006/2	2003/1
Carga Horária Total***	4122 h/aula	3510 h/aula	3510 h/aula	4185 h/aula	3906 h/aula
Carga Horária mínima atividades complementares.	72 h/aula	150 h/aula	120 h/aula	180 h/aula	126 h/aula
Carga Horária Estágio Supervisionado	810 h/aula	780 h/aula	705 h/aula	840 h/aula	828 h/aula
Divisão Curso	8 Semestres	9 Semestres	8 Semestres	8 Semestres	8 Semestres
Nº Vagas anuais	70	45	50	110	80

*Reconhecimento pelo MEC. Os Cursos renovam seus reconhecimentos conforme orienta legislação vigente.

** Alguns Cursos, atualmente, estão em fase de implementação de uma nova ordem curricular. A opção por essa referencia justifica-se por critérios de inclusão da pesquisa original que trabalhou com alunos que vivenciaram a experiência nesta configuração curricular.

*** Carga horária total inclui disciplinas obrigatórias, optativas e carga horária em atividades complementares.

Quadro 5: Caracterização geral de organização e funcionamento dos cursos de Enfermagem participantes do estudo.

Fonte: Planos Políticos Pedagógicos (PPP) cursos de Enfermagem, SC.

A análise dos marcos conceituais, pressupostos e/ou objetivos apresentados nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos 5 (cinco) Cursos permitiu, por aproximação temática, estabelecer 3 definições, conceitos síntese por meio dos originais verificados nos PPP. São elas: “Processo Educativo, Competências e Realidade”. Esses elementos foram considerados de destaques comuns em todos os PPP e que

expressam uma importante interface com os processos de mudanças almejados.

PROCESSO EDUCATIVO: Representado pela interação dos saberes de docentes e discentes na construção e transformação do conhecimento. É um processo dinâmico, mediado pelo docente para a promoção do protagonismo do aluno na construção do seu aprendizado. Constrói-se com a coparticipação e corresponsabilização entre os atores envolvidos, com a articulação entre teoria e prática e por meio do exercício da crítica frente à realidade.

São comuns discussões acerca da herança de uma prática educativa autoritária e depositária de conhecimento, onde o professor se configura no detentor do saber e o aluno desempenha o papel de receptor passivo de informações e técnicas. É justamente com essa bagagem construída historicamente na educação que se deseja romper. Para isso, elementos de uma prática pedagógica libertadora e autônoma vêm sendo incorporados ao processo de reestruturação da formação profissional.

Apesar dos esforços para superar a racionalidade técnica na formação do enfermeiro e do enfermeiro – docente, ainda se observa a valorização da técnica e a secundarização de temas do processo educativo e político-social. Este fato constitui-se em importante limite para avançar em uma perspectiva transformadora (ALMEIDA; SOARES, 2011).

As DCN apontam para um processo educativo ativo e independente, que valoriza o saber do discente. Atendendo a essa recomendação os Cursos estão buscando imprimir, na sua organização, elementos desse modelo de processo educativo desde a concepção do PPP até a construção da matriz curricular.

Os cursos buscam, sobretudo, orientar suas práticas fundamentadas numa relação pedagógica compartilhada e contextualizada. Um docente que propicie o conhecimento acompanhado de reflexão é capaz de aflorar a consciência do conhecimento e dos desejos do aluno. Nessa forma de educar, docentes e alunos tornam-se pensadores críticos e propõem novas possibilidades face ao que está estabelecido (REIBNITZ, 2004).

Duas questões que merecem reflexão surgem quanto ao aspecto de uma prática educativa construída com a participação efetiva de docentes e alunos. A primeira considera o processo de formação do docente com suas referências, em muitos casos arraigadas no modelo tradicional de ensino-aprendizagem. A segunda questão considera, por

sua vez, que os alunos chegam ao ensino superior trazendo uma compreensão do processo e do seu papel também pautada na transmissão e absorção de informações. Dessa forma, trava-se um cenário de conflitos, dúvidas e inseguranças até que hajam rupturas e sejam construídas novas formas de se perceber as relações e de reconhecer os objetivos.

Para o enfrentamento desses desafios, a educação permanente introduz novas perspectivas no trabalho docente e contribui para a promoção de práticas educativas onde docentes e alunos interagem de forma emancipadora e participativa (FERREIRA; FIORINE; CRIVELARO, 2010).

Outra aceção cuja abordagem foi encontrada em todos os PPP pesquisados e assinala a expectativa diante do perfil de profissionais que será formado. Sinteticamente compilados na definição de Competências estão os aspectos a serem desenvolvidos no processo formativo.

COMPETÊNCIAS: A formação em Enfermagem prevê a formação de profissionais comprometidos com as necessidades de saúde de forma integral. A prática deverá ser contextualizada socialmente e observar conhecimentos éticos, políticos, técnico científicos relacionados à organização da área da saúde, a profissão, ao sistema de saúde e ao ser humano em todas as suas dimensões: ético, espiritual, cultural, político e social; nos âmbitos individual e coletivo; em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todo processo de fazer saúde. O profissional de enfermagem será capaz de atuar no cuidado, educação, gerenciamento e pesquisa, com liderança e objetivo de transformação da prática. Somam-se a esses atributos a responsabilidade com a interdisciplinaridade e a educação permanente.

Em correspondência às orientações das DCN os PPP dos cursos de Enfermagem expressam, em suma, como competências gerais para o enfermeiro nos âmbitos da atenção à saúde, da tomada de decisões, do gerenciamento e da educação permanente. Além das competências gerais, os cursos postulam as competências específicas da profissão conforme a Lei do Exercício Profissional.

Um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes integram e interagem dinamicamente no processo de desenvolvimento de competências. O diálogo entre esses componentes constitui uma premissa potencial para as transformações na formação profissional em saúde de forma crítica e reflexiva (COTTA, MENDONÇA, COSTA, 2011; MARQUES, EGRY, 2011).

Os determinantes do desenvolvimento das competências da

Enfermagem envolvem os atores do processo, os saberes desses atores e o contexto onde se inserem. Estes determinantes, por sua vez, possuem dimensões da subjetividade e da cultura sócio cultural da organização dos contextos onde o processo está estruturado (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

Todo avanço desejado na ânsia de transformar a práxis, seja na educação ou na saúde, por que não dizer na necessária interface entre às áreas, congrega macro e micropolíticas e a compreensão da existência dessas duas forças propulsoras e tensoras. Dessa forma, cabe a todos incorporar consciência aos processos, mediante o contínuo exercício da ação-reflexão-ação na prática de todos os sujeitos (RATTO; SILVA, 2010).

O terceiro conceito síntese representa a perspectiva dos cursos em relação a interação da formação com o contexto onde esta se insere e o papel fundamental que a incorporação desta consciência exerce para o desenvolvimento das competências profissionais. Portanto, a Realidade é tomada como elemento de destaque na concepção dos Planos Pedagógicos.

REALIDADE: Corresponde à interação dinâmica entre seres humanos e meio ambiente, influenciada por fatores sociais, culturais, políticos e históricos. O ser humano influencia e é influenciado pelo ambiente e modifica seu agir e seu pensar sobre a realidade que o cerca. É a partir da análise da realidade que advém às necessidades de saúde sobre as quais se deve intervir. É o *lóccus* privilegiado para a reflexão-ação-reflexão em todos os momentos do processo de formação profissional: no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência.

Foi importante observar como a abordagem de elementos trabalhados nos PPP dos cursos de Enfermagem buscou articular-se com a realidade. O processo educativo integrado à realidade, o desenvolvimento de competências integradas às demandas reais. Os planos expressam a forma como a realidade se constituem como preceito essencial para o pensar e o fazer no ensino. Sabe-se que as DCN recomendam a organização da formação por meio de práticas reais e contextualizadas, portanto, os cursos primaram por essa articulação entre ensino e realidade na construção de seus Planos.

Nesse contexto atual de demandas por mudanças na postura pedagógica, a inserção ativa e crítica na realidade social, real e prática, e os estudos contextuais em detrimento dos esquemas rígidos são imprescindíveis na relação entre os protagonistas docentes e alunos (SOBRINHO, 2000).

Como estratégias para promover a integração entre o ensino e a realidade, os Cursos então organizados segundo iniciativas teórico-práticas, atividades complementares de pesquisa e extensão e estágios curriculares supervisionados. Conforme estabelecido pelas DCN estes últimos correspondendo ao mínimo de 20% da carga horária total do Curso.

Os alunos, inseridos no contexto real do trabalho e do cuidado em saúde, se colocam frente à necessidade de desenvolver um saber, saber fazer, saber ser e saber conviver preparando-se para o enfrentamento da realidade do mundo do trabalho na saúde com todos os seus desafios estruturais, organizativos e responder às reais necessidades de saúde da população (BENITO et al., 2012; WERNECK et al., 2010).

Articular a formação profissional e as necessidades sociais em meio ao processo educacional constitui uma estratégia para possibilitar a participação crítica do aluno no mundo do trabalho e na sociedade. Os conhecimentos construídos por meio das vivências em cenários reais do trabalho e do cuidado permitem formar profissionais com a capacidade de solução de problemas oriundos da realidade. Rompe-se com a dicotomia histórica entre pensar e fazer, geral e específico, teoria e prática (AMANCIO FILHO, 2004).

É inegável a indissociabilidade entre os campos da prática e da formação, um oferecendo ao outro um território de possibilidades. Também se evidencia a necessidade de investir em construções concretas de relações ensino-serviço e ampliar a criação de espaços de discussão entre as universidades, os serviços e a comunidade, para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e reorganização da atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; PEREIRA, FRACOLLI, 2009).

Um componente estrutural nos PPP dos Cursos de Enfermagem cuja síntese merece destaque é a Matriz Curricular. Nela, está definida a organização programática dos Cursos por meio das diretrizes temáticas organizadas em eixos, núcleos e/ou disciplinas. Também seguem as orientações das DCN, contudo, conforme pode ser observado no Quadro 6, cada IES a define cotejando sua estrutura com o PPP.

	Concepção Curricular e Organização da Matriz	Atividades Complementares ao Currículo	Estágio Supervisionado
Caso 1	<p>Eixo Fundamental: Disciplinas para o desenvolvimento competências específicas da Enfermagem.</p> <p>Bases Articuladas: Disciplinas das áreas básicas das ciências da saúde.</p> <p>Bases Complementares: Disciplinas para sustentação do processo educativo.</p> <p>Ao Eixo Curricular perpassam a Educação e saúde, a Ética e Bioética, a Articulação pesquisa, ensino e extensão e o processo Decisório como perspectivas transversais.</p>	<p>Determina a realização de disciplinas optativas, mínimo de 72 h/aula.</p> <p>Orienta para um Núcleo Flexível: corresponde ao desenvolvimento de atividades complementares integradas ao eixo fundamental: participação em eventos, cursos, monitorias, extensão.</p>	<p>Desenvolvido nas duas últimas fases do curso, inclui: Estágio Supervisionado I relacionado as disciplina de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem, Cuidado de Enfermagem ao indivíduo adulto em condições críticas e Estágio Supervisionado II para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).</p>
Caso 2	<p>Agrupar áreas de conhecimento geral e específico por afinidade constituindo núcleos de conhecimento distribuídos em três componentes que formam o Eixo Curricular: Promoção da Saúde, Cuidado Holístico e Gestão e Gerencia.</p> <p>A matriz é constituída por nove núcleos integrativos (um por fase) e 16 núcleos de conhecimento divididos entre as fases.</p>	<p>Determina o desenvolvimento de 195 horas de atividades curriculares complementares para integralizar a Matriz Curricular.</p>	<p>Desenvolvido nas duas últimas fases do curso e contempla os núcleos de Gestão e gerência em serviços de saúde (em administração hospitalar e em Saúde Coletiva) e o núcleo Vivenciando as Práticas em Saúde e Enfermagem (implementação do projeto de prática assistencial correspondente ao TCC).</p>
Caso 3	<p>Núcleo de Base: Disciplinas essenciais à formação básica em Enfermagem.</p> <p>Núcleo de Concentração: Disciplinas para promover o conhecimento técnico científico e humano para a assistência, ensino, administração e pesquisa de Enfermagem.</p> <p>Núcleo Orientado: Disciplinas que consideram particularidades das novas demandas da profissão, da realidade regional da instituição. Atividades Acadêmicas Curriculares Adicionais.</p>	<p>Determina o desenvolvimento de 120 horas de práticas acadêmicas de caráter científico-cultural, como: visitas técnicas, participação em eventos científicos, monitorias e estágios extracurriculares.</p>	<p>Desenvolvido nas duas últimas fases do curso e inclui as disciplinas: Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica, Estágio supervisionado de Administração em Enfermagem Hospitalar, Estágio Supervisionado de Administração em Enfermagem em Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado em Experiência Complementar em Enfermagem onde será desenvolvido o Trabalho de Conclusão de Curso.</p>

Caso 4	Eixos Norteadores: integração curricular e interdisciplinaridade. Pontos de interseção entre períodos do curso: Objetos Interdisciplinares de Aprendizagem – integração entre as áreas do saber. Organização Curricular: Três áreas do conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Ciências da Enfermagem.	Determina o desenvolvimento de 180 horas de atividades complementares ao longo do curso, normatizadas por regulamento próprio e que permitem o desenvolvimento de competências de pesquisa, ensino e extensão.	Desenvolvido nas duas últimas fases do curso e prevê a realização de atividades de investigação e de execução de intervenções práticas de enfermagem em instituições de atenção hospitalar e atenção básica à saúde. O TCC corresponde ao desenvolvimento de um Trabalho de Iniciação Científica.
Caso 5	Eixo Geral: Composto por 2 disciplinas obrigatórias e e uma optativa. Eixo de Articulação: São espaços de estudos que ampliam e aprofundam os estudos do Eixo Geral e promovem atividades interdisciplinares. Eixo Específico: Foco nos conceitos específicos da atividade profissional. A estrutura curricular é constituída por oito eixos norteadores e por módulos integralizados por projetos planejados pelos professores das áreas básicas e profissionalizantes.	Determina uma formação complementar correspondente a realização de duas disciplinas nas duas últimas fases do curso. Determina o desenvolvimento de 126 horas de Atividades Acadêmico Científico Culturais correspondentes a atividades de pesquisa, ensino e extensão e regidas por resolução específica.	Desenvolvidos nas duas últimas fases do curso, sob a forma de internato em duas modalidades: Internato em Enfermagem Hospitalar e Internato em Enfermagem em Saúde Coletiva. O TCC corresponde ao desenvolvimento de um projeto de pesquisa desenvolvido nos estágios ou outras áreas.

Quadro 6: Síntese das características da Matriz Curricular dos cursos de Enfermagem participantes do estudo.

Fonte: Planos Políticos Pedagógicos (PPP) cursos de Enfermagem, SC.

Anterior a LDB de 1996, as instituições de ensino adotavam o currículo mínimo e sua extinção representou um importante avanço. A proposta da LDB é orientar, com bases filosóficas, conceituais, política e metodológicas a elaboração de currículos correspondentes ao contexto real de cada instituição (BRASIL, 1996). O currículo mínimo ignorava as características diversas apresentadas pela sociedade, sua complexidade, heterogeneidade e desigualdades de diversas naturezas (LOPES NETO et al., 2007).

A integração das disciplinas nos currículos, a flexibilização, a

interdisciplinaridade e tantos outros elementos do processo de formação impressos nas matrizes curriculares, apesar de debatidos frequentemente em meios acadêmicos e configurarem como pilares das Leis que regulamentam o ensino, ainda são desafios para docentes, alunos e também para os enfermeiros dos serviços de saúde e demais trabalhadores que recebem alunos em experiências de integração ensino-serviço.

Há alguns anos um estudo retrospectivo de Lopes Neto et al. (2007) que avaliou a a aderência dos cursos de graduação em Enfermagem às DCN no período de 2002 a 2006 e no estudo de Renovato et al. (2009) são expostas situações desafiadoras impostas pelas múltiplas leituras que as instituições e seus atores fazem sobre as proposições das DCN. Os ruídos produzidos pelas várias interpretações institucionais, seja pela polissemia de alguns conceitos ou pelo pouco domínio filosófico e pedagógico dos princípios e diretrizes das DCN, é fato preocupante para a consolidação do processo de (re)estruturação da concepção dos cursos e do ensino. São persistentes as evidências de descompasso entre tudo que está exposto nos currículos e Planos e a forma como ele se concretiza no cotidiano das instituições.

Dados empíricos do estudo de Corbellini et al. (2010) revelaram um cenário de nexos e contradições entre a formação e a práxis profissional. As concepções e orientações das DCN foram incorporadas à estrutura organizativa dos cursos, contudo, a aproximação teórico-prática efetivamente na prática de alguns docentes ainda está aquém do objetivo que se pretende alcançar.

A proposta de todos os currículos é nortear a programação da formação acadêmica. Sua condução no dia a dia requer o compromisso de todos da gestão institucional, dos docentes e dos alunos agindo de modo organizado para o aproveitamento de novas possibilidades e para neutralizar as resistências (TOASSI et al., 2012).

Caracterizando os Cursos em relação aos projetos Pró Saúde

Como mencionado na introdução deste estudo, os movimentos e a efetivação por meio da reorganização da área da educação no Brasil também foi acompanhado e acompanhou os movimentos por mudanças e transformações na área da saúde que culminaram com a regulamentação do SUS e suas estratégias organizativas para a atenção à saúde.

Para os cursos de graduação na área da saúde coube o desafio de formar profissionais com a competência de oferecer respostas às demandas do Sistema. Para tanto educação e saúde se uniram na formulação de projetos e construção de parcerias para alcançar esse

objetivo. Seguindo essa lógica esse estudo buscou conhecer as experiências de cursos de graduação em Enfermagem contemplados com projetos subsidiados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional – Pró Saúde.

Lançado em 2005 por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 a primeira edição do PRÓ-SAÚDE atingiu os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Em 2007, foi lançado um segundo edital com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, pelo qual todos os demais cursos da área da saúde poderiam concorrer. O objetivo geral do programa centra-se na integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica à saúde com a consolidação de uma abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção de transformações no processo formativo com reflexos positivos para a prestação de serviços à população (BRASIL, 2007).

As IES interessadas em receber os recursos do Programa submeteram seus projetos aos editais mencionados e estes deveriam apresentar parâmetros de avaliação da sua realidade orientada por três eixos e seus vetores que compõem o PRÓ-SAÚDE: Orientação Teórica, Cenários da Prática e Orientação Pedagógica. Além da avaliação da situação inicial as instituições projetavam imagens-objetivos correspondentes aos mesmos eixos. Mediante a aprovação as instituições passaram a receber os recursos conforme parcelamentos e previsão orçamentária, e, paralelamente, desenvolveram suas estratégias para atingir as imagens-objetivo, sendo acompanhadas e avaliadas pelos próprios atores envolvidos e por avaliadores externos.

No universo de cinco instituições pesquisadas, os contextos são diferentes, as organizações institucionais, da rede de atenção à saúde e mesmo da gestão dos serviços são diversas e os momentos de desenvolvimento dos projetos também não eram correspondentes, da mesma forma como os documentos disponíveis para consulta. Foi desafiador descrever de modo resumido os projetos respeitando-se as particularidades e, ao mesmo tempo, oferecendo uma visão dos projetos. Assim, optou-se por apresentar duas abordagens, sendo uma caracterização geral dos projetos em cada caso e a outra correspondente à síntese das estratégias de ação para o desenvolvimento dos projetos e alcance dos objetivos.

O Quadro 7, a seguir, apresenta as características gerais dos projetos PRÓ-SAÚDE em cada caso do estudo.

Caso 1	<p>A instituição foi contemplada pelo Edital Pró Saúde I envolvendo os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e, posteriormente, pelo Edital PRÓ-SAÚDE II envolvendo também os cursos de Educação Física, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.</p> <p>As instituições envolvidas no projeto são: Universidade e Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Conforme dados de 2010 o projeto desenvolveu suas atividades em 37 Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Policlínicas Municipais, com a participação de 1422 estudantes.</p> <p>O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento do projeto são realizados pela Rede Docente Assistencial e, especificamente na Enfermagem, também pelo Comitê Gestor do PRÓ-SAÚDE do Curso de Graduação em Enfermagem, com reuniões mensais.</p>
Caso 2	<p>A instituição foi contemplada pelo Edital Pró Saúde I com a participação apenas do curso de Enfermagem e, posteriormente, pelo Edital Pró Saúde II envolvendo também os cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Jornalismo, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, e Serviço Social.</p> <p>A parceria envolve Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde. O desenvolvimento de atividades ocorre em unidades de saúde municipais, escolas, centros de educação infantil, Centros de Referência da Assistência Social - CRAS -, centro de convivência de idosos, promotoria pública, entre outros.</p> <p>O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento do projeto são realizados pela Comissão Coordenadora Local e pelo Comitê Gestor com reuniões mensais.</p>
Caso 3	<p>A instituição foi contemplada pelo Edital Pró Saúde II envolvendo os cursos de Enfermagem, Farmácia Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Serviço Social. O curso de Psicologia participa por adesão informal.</p> <p>O projeto foi desenvolvido com a parceria Universidade e Secretaria municipal de saúde. O projeto foi desenvolvido em uma unidade de saúde que congrega serviços da Estratégia de Saúde da Família e é referencial municipal em cirurgias ambulatoriais. Envolveu a participação de 195 estudantes.</p> <p>O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento do projeto são realizados pelo Comitê gestor com reuniões quinzenais.</p>
Caso 4*	<p>A instituição foi contemplada pelo Edital Pró Saúde II envolvendo os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.</p>

	<p>As instituições envolvidas no projeto são: Universidade e Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>O projeto foi organizado em: PRÓ-SAÚDE Multiprofissional (Envolve 07 Cursos e 252 alunos) desenvolvido em 17 Unidades Básicas de Saúde e 03 Unidades de Referência; PRÓ-SAÚDE Odontologia desenvolvido em 03 Unidades Básicas de Saúde; PRÓ-SAÚDE Medicina: desenvolvido em 09 Unidades Básicas de Saúde e 01 Ambulatório de Especialidade.</p> <p>O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento do projeto são realizados pelo Comitê de acompanhamento e avaliação do PRÓ-SAÚDE com reuniões bimestrais.</p>
Caso 5	<p>A instituição foi contemplada pelo Edital Pró Saúde II envolvendo os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.</p> <p>As instituições envolvidas no projeto são: Universidade e Secretaria Municipal de Saúde. O projeto foi desenvolvido em 20 Unidades Básicas de Saúde.</p> <p>O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento do projeto são realizados pela Comissão Gestora Local com reuniões quinzenais.</p>

*Esta IES foi contemplada pelo Edital I para os cursos de Medicina e Odontologia.

Quadro 7: Características gerais dos projetos PRÓ-SAÚDE de Cursos da Enfermagem, SC.

Fonte: Relatórios PRÓ-SAÚDE Cursos de Enfermagem, SC.

Como programa e processo, o PRÓ-SAÚDE, assim como outros exemplos de programas de incentivo às mudanças na formação profissional (PROMED, VERSUS, entre outros), inegavelmente representa um importante fomento para as IES nos âmbitos estruturante e da integração ensino-serviço.

O programa prevê repasses de recursos financeiros nos três anos de execução dos projetos para investimentos nas instituições de ensino e nas instituições de saúde. Destarte, a implementação de projetos de melhorias físicas e materiais e/ou projetos de Educação Permanente e atividades curriculares complementares puderam ser concretizados.

No âmbito da integração ensino-serviço, o movimento de re(definir) e fortalecer os papéis da integração ensino-serviço foi o principal eixo propulsor das propostas. Os projetos articularam, além da integração intrainstitucional com a participação multiprofissional, a integração interinstitucional com parcerias em cenários diversos e diversificados do trabalho em saúde no SUS.

O acompanhamento dos projetos do Pró Saúde deve ser realizado

pela Comissão Gestora Local, instância colegiada com representação da gestão do ensino, da saúde, dos docentes, alunos e representantes do controle social (BRASIL, 2007). Uma exigência dos editais com reflexo positivo para a formação, pois, reuniu as vozes representativas do processo em uma discussão articulada para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações para a formação em saúde em consonância com os objetivos do Programa e, conseqüentemente, com o Sistema de Saúde.

Com o intuito de caracterizar os projetos dos casos estudados buscou-se delinear um quadro síntese das principais estratégias e ações gerais desenvolvidas pelos projetos do PRÓ-SAÚDE nos cursos de Enfermagem nos períodos de execução de todas as “Cartas-Acordo” e conforme os relatórios disponibilizados em suas respectivas IES. Por se tratar de uma amostra bastante diversificada de atividades e por suas particularidades, a síntese representa o tipo ou natureza de ação e não a descrição da mesma em seus pormenores.

AÇÕES E ESTRATÉGIAS	
Caso 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação dos cenários da prática: unidades básicas, nível secundário, experiências em outros municípios. • Constituição de um Grupo de Trabalho temático. • Elaboração de artigos científicos e resumos para eventos científicos. • Elaboração e reprodução de materiais de apoio pedagógico (manuais e livros). • Investimentos em meios de divulgação de informação do Curso, adequação física/material de Unidades de Saúde e para participação em eventos. • Oficinas de planejamento da Comissão de Acompanhamento e Rede Docente Assistencial. • Oficinas de planejamento estratégico nas Unidades de Saúde. • Realização de eventos de divulgação de projetos do PRÓ-SAÚDE e Pet Saúde. • Realização de pesquisas bibliográficas e de campo. • Seminários, fóruns e oficinas de avaliação e readequação do currículo. • Seminários, oficinas, capacitações temáticas para docentes, alunos e serviços de saúde.
Caso 2	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de prevenção de doenças transmissíveis: vacinação, campanhas temáticas • Adequação de espaço físico da IES e rede de serviços de saúde. • Desenvolvimento de projetos e oficinas em parceria com o NASF. • Desenvolvimento do Planejamento Estratégico Situacional. • Desenvolvimentos do projeto Vivências Interdisciplinares Multiprofissionais. • Diversificação dos cenários de prática para os estágios curriculares obrigatórios.

	<ul style="list-style-type: none"> • Encontros de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde. • Encontros de educação permanente para qualificação das práticas pedagógicas. • Promoção de encontros com os conselhos municipais. • Realização de estudos de caso em saúde, com comunidades e meio ambiente. • Realização de Estudos temáticos na área da Enfermagem. • Realização do Curso de Metodologias Ativas. • Seminários de planejamento e avaliação do PRÓ-SAÚDE.
Caso 3	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de diagnósticos e planejamento situacional na área da Unidade de Saúde. • Elaboração de material educativo. • Estágios de vivências dos estudantes no SUS • Investimento na estrutura física, equipamentos e materiais da Unidade de Saúde. • Promoção de reuniões de trabalho em equipe e planejamentos interdisciplinar. • Realização de ações de prevenção à doenças: vacinação, campanhas temáticas. • Realização de ações de promoção à saúde na Unidade de Saúde e comunidade. • Realização de capacitações para Agentes Comunitários de Saúde. • Realização de educação continuada com equipe da Unidade de Saúde. • Realização de eventos de socialização dos estudos de caso interdisciplinares. • Realização de pesquisas sobre educação permanente e satisfação dos usuários. • Realização de visitas técnicas em serviços de referência do SUS. • Realização e participação em seminários sobre temas relacionados ao SUS.
Caso 4	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação dos serviços próprios das IES com os serviços públicos de saúde. • Atividade Intercursos • Desenvolvimento de pesquisas do contexto local. • Eventos e oficinas para socialização dos projetos Pró Saúde. • Inserção sistemática dos alunos nas unidades de saúde e demais equipamentos sociais. • Oficinas para discussão dos projetos pedagógicos e matriz curricular dos cursos. • Participação em eventos científicos. • Realização de atividades de avaliação da integração ensino e serviço durante os estágios. • Realização de cursos de capacitação pedagógica para docentes. • Realização de cursos de formação continuada para docentes e profissionais dos serviços. • Realização de seminários para apresentação de estudos de caso interdisciplinares.

Caso 5	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de pesquisas voltadas para demandas das unidades de saúde. • Promoção de eventos de socialização das vivências dos alunos. • Publicação de livro sobre experiências em formação em saúde. • Realização da oficina sobre planejamento estratégico. • Realização de oficinas e capacitações pedagógicas. • Realização de oficinas e seminários de integração ensino serviço e PRÓ-SAÚDE. • Realização de seminários e capacitações temáticas para alunos e profissionais do serviço de saúde.
---------------	---

Quadro 8: Síntese das principais ações desenvolvidas com fomento do PRÓ-SAÚDE em Cursos da Enfermagem, SC.

Fonte: Relatórios PRÓ-SAÚDE Cursos de Enfermagem, SC.

Nota-se em todas as instituições estratégias de ações que contemplaram os eixos de transformação propostos pelo PRÓ-SAÚDE, Orientação Teórica, Cenários da Prática e Orientação Pedagógica (BRASIL, 2005). Ao voltar-se para uma reflexão sobre as referidas ações é inegável o potencial dos projetos do PRÓ-SAÚDE para o despertar de ações e movimentos internos e externos na relação entre instituições de ensino e instituições de saúde.

O Programa ultrapassa seu sentido de financiamento quando estabelece imagens-objetivos para além do ensino tradicional e da formação de recursos humanos para a saúde limitada ao modelo tecnicista e curativista, desarticulado às demandas reais da população e do Sistema de Saúde.

Algumas pesquisas e relatos de experiências podem ser encontradas na literatura científica que retratam os avanços na formação proporcionados pelos projetos do Pró Saúde. A aproximação efetiva entre ensino e serviço se traduz no envolvimento de docentes, alunos e profissionais dos serviços atuando conjuntamente para a consolidação de uma atenção a saúde integral. Nessas experiências o aluno vivencia seu processo de formação articulando conhecimentos teóricos, conhecimentos da dinâmica social e conhecimentos do processo de trabalho e da organização do serviço (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

O PRÓ-SAÚDE representa uma das estratégias motivadoras para as transformações na formação em saúde. Ressalta-se que mediante esta estratégia muitas das proposições da LDB e das DCN para os cursos de graduação em saúde foram incentivadas e consolidadas. Ademais, os Cursos passaram a introduzir mudanças em seus currículos e/ou a solidificar suas propostas curriculares. As mudanças nas atividades

práticas e a integração ensino-serviço foram modificadas, receberam maior visibilidade nos planos políticos pedagógicos e muitas propostas foram concretizadas com o PRÓ-SAÚDE (SOUZA, CARCERERI, 2011; VALENTE, GOMES, ALVES, 2010).

As experiências do PRÓ-SAÚDE, além do fortalecimento dos planos curriculares, representaram para os Cursos novas possibilidades para a diversidade dos cenários da prática, entrada precoce no campo de estágio, efetivação da participação dos alunos no processo de trabalho e fomento de ações de educação permanente e pesquisas voltadas para a realidade dos serviços de saúde e a comunidade de abrangência (LUCAS et al., 2011; MENEGHIM et al., 2012; PUCCINI et al., 2012).

Tipicamente foi possível observar a ‘preferência’ dos cursos por investimentos em questões de educação permanente para docentes e profissionais dos serviços, desenvolvimento de ações nas comunidades da área de abrangência das Unidades de Saúde com o envolvimento dos alunos e alocação de recursos para melhorias estruturais e materiais para os serviços de saúde. A partir dessas evidências comuns a todas as IES pode-se inferir que há dois núcleos prioritários para investimentos financeiros e de caráter operacionais: material/estrutural e produção do conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação com a temática, aliada com a oportunidade de conhecer a organização de cinco contextos de cursos de graduação em Enfermagem e suas respectivas experiências no desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE foram, em síntese, apresentadas nesse estudo. Cada curso representou um caso, obedecendo às premissas do Estudo de Casos Múltiplos como método de investigação. Desta forma, o que se buscou foi descrever os elementos de destaque dos cenários da pesquisa.

Cabe reconhecer os limites do estudo devido aos possíveis vieses que uma síntese representa quando se descreve algo que possui inúmeras nuances de constituição própria e de contexto.

Ainda com estas limitações, há que se destacar o alcance do objetivo proposto, uma vez que foi possível apreender, em cada cenário, os aspectos de maior evidência na organização curricular e das experiências do desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE.

Foi possível perceber nos documentos pesquisados toda a complexidade implícita na reorganização dos currículos de Enfermagem impulsionada pelas DCN. O PRÓ-SAÚDE, como política indutora desse processo, resgatou para os Cursos algumas imagens-objetivos pautadas

nas proposições das diretrizes e para o avanço e consolidação das mesmas. Muito mais que a complexidade teórica e organizativa, percebeu-se a efervescência dos movimentos produzidos neste processo em transformação. Cada realidade contextual se organiza, planeja e implementa propostas, agrega e envolve novos atores nesse processo, sem se limitar ao cumprimento das exigências legais e programáticas. Os cursos buscam responder às demandas locais da instituição, do contexto social e da rede de atenção à saúde parceira na formação em saúde.

Todas as características apresentadas nesse estudo buscaram representar um pouco desse movimento pelas mudanças na formação em saúde articulada à atenção à saúde. Pesquisas que busquem aproximações com as experiências segundo as perspectivas de docentes, alunos, profissionais dos serviços, gestores e comunidade são essenciais para o conhecimento do desenvolvimento das mudanças, avaliação de avanços e reflexão sobre os limites para superá-los.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-621, mai./jun. 2011.

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n.1, p. 72-78, jan./fev. 2012.

BRASIL. **Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/lei9394.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2008.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 3 de 7 de**

novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 2.101 de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília 2005. Disponível em
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>> Acesso em: 27 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró Saúde:** Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Pró Saúde:** Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2011. Disponível em
<<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php>> Acesso em: 10 out. 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 555-60, jul./ago.2010.

COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. panam. salud. pública**, Washington (EUA), v. 30, n.5, p. 415-421, 2011.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207 – 215, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro, v.2, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopias x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

LOPES NETO, D. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, 2007.

LUCAS, S. D. et al. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do PRÓ-SAÚDE. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-34, 2011.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 187-93, 2011.

MENEGHIM, M. C. et al. PRÓ-SAÚDE e os quarenta anos de integração docente assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 97-104, 2012.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde.

Invest. educ. enferm, Medellín (CO), v. 29, n. 2, p. 238-247, jul./dec. 2011.

MOURA, A. et al. SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. especial, p. 442-453, 2006.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo v. 17, n. 2, p. 167-173, 2009.

PUCCINI, R. F. et al. O PRÓ-SAÚDE da Universidade Federal de São Paulo – Contribuições para Institucionalização e Integração Universidade/Serviços de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 80-88, 2012.

RATTO, C. G.; SILVA, S. C. M. Educar para a “grande saúde” - vida e (trans) formação. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, SP, v.15, n. 36, p. 177-85, jan./mar. 2011.

REIBNITZ, K. S. Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseçor na relação pedagógica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 698-702, nov./dez. 2004.

RENOVATO, R. D. et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 231-248, jul./out. 2009.

SERRANO, M. T. P; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M. V. N. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra (PT), III Série, n. 3, p. 15-23, mar. 2011.

SOBRINHO, J. D. **Avaliação da educação superior**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, SP, v. 15, n. 39, p. 1071-1084, out./dez. 2011.

TOASSI, R. F. C. et al. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.529-42, abr./jun. 2012.

VALENTE, G. S. C.; GOMES, H. F.; ALVES, F. B. PRO-SAÚDE: uma nova experiência educativa na formação profissional. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista (BA), v. 6, n. 9 p. 227-237, jul./dez. 2010.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. Ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

6.2 MANUSCRITO 03 - EXPERIÊNCIAS DO PRÓ-SAÚDE NA ENFERMAGEM EM SANTA CATARINA, BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS.

EXPERIÊNCIAS DO PRÓ-SAÚDE NA ENFERMAGEM EM SANTA CATARINA, BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS.

THE EXPERIENCIES OF THE PRÓ-SAÚDE ON NURSING IN SANTA CATARINA, BRAZIL: ADVANCES AND CHALLENGES.

EXPERIENCIAS DEL PRÓ-SAÚDE EN LA ENFERMERÍA DE SANTA CATARINA, BRASIL: AVANCES Y DESAFÍOS.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias
RAMOS, Flávia Regina Souza

RESUMO: Este estudo teve o objetivo de analisar a percepção de docentes, alunos e profissionais dos serviços de atenção básica à saúde acerca de suas experiências em projetos PRÓ-SAÚDE nos cursos de Enfermagem do estado de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que adotou as referências do Estudo de Caso, tendo como cenários cinco cursos de Enfermagem em cinco Instituições de Ensino Superior no estado de Santa Catarina que foram contempladas pelo programa PRÓ-SAÚDE e desenvolveram seus projetos entre os anos de 2005 a 2011. Foram entrevistados, por meio de um roteiro semi estruturado, vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. Para conhecer a percepção dos alunos foram realizados cinco grupos focais, sendo um em cada caso. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - *The Qualitative Data Analysis Software*. O projeto recebeu certificado de aprovação nº 1801/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. Os resultados são apresentados a segundo 3 categorias gerais denominadas: “PRÓ-SAÚDE: Avaliações das Experiências”; “PRÓ-SAÚDE – Considerações sobre os avanços”; “PRÓ-SAÚDE – Considerações sobre os desafios”. Há avanços motivados pelos projetos do Programa e por todo um movimento contextual por uma formação crítica, reflexiva e articulada à realidade da saúde. Contudo, ainda existem importantes desafios a serem enfrentados para dirimir as

lacunas entre os objetivos da formação e os objetivos dos serviços.

Palavras-Chave: Educação Superior; Enfermagem; Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the perceptions of teachers, students and services professionals of primary care on health, about their experiences in PRÓ-SAÚDE projects to the nursing courses, in the state of Santa Catarina. This is a qualitative research that adopted the references of the case study. It had the scenarios of five nursing courses in five higher education institutions, in the state of Santa Catarina, which were contemplated by the PRÓ-SAÚDE program. The courses developed their projects between the years 2005 and 2011. Twenty-two teachers and fourteen services professionals of health primary care were interviewed through a semi-structured script. In order to understand the students' perception five focus groups were developed, one to each case. Data was organized and categorized with the help of the software ATLAS-ti, The Qualitative Data Analysis Software. The project received the approval certificate No 1801/2011 by the Committee of Ethics and Research in Humans. The results are presented from three general categories called: "PRÓ-SAÚDE: Evaluations about the Experiences, "PRÓ-SAÚDE - Considerations about the advances" and "PRÓ-SAÚDE - Considerations about the challenges". There are positive advances motivated by the projects of the program throughout a contextual movement by an articulated, reflexive and critical training to the health reality. However, there are still significant challenges to be addressed in order to reduce the gaps between services and training objectives.

Key words: Higher education; Nursing; Reorientation Program of Professional Training in Health; Primary Health Care.

RESUMEN: Este estudio tuvo el objetivo de analizar la percepción de docentes, alumnos y profesionales de los servicios de atención básica para la salud, acerca de sus experiencias en los proyectos PRÓ-SAÚDE, en los cursos de Enfermería del estado de Santa Catarina. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo que adoptó las referencias del estudio de caso, teniendo como escenarios cinco cursos de enfermería en cinco Instituciones de Enseñanza Superior, en el estado de Santa Catarina, que fueron contemplados por el programa PRÓ-SAÚDE y desarrollaron sus proyectos entre los años 2005 y 2011. Fueron entrevistados, a partir de una guía semiestructurada, veintidós docentes y catorce profesionales de

los servicios de atención básica para la salud. Para conocer la percepción de los alumnos fueron realizados cinco grupos de enfoques, uno para cada caso. Los datos fueron organizados y categorizados con el auxilio del software ATLAS-ti - The *Qualitative Data Analysis Software*. El proyecto recibió el certificado de aprobación n° 1801/2011 por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos. Los resultados son presentados a partir de 3 categorías generales denominadas: “PRÓ-SAÚDE: Evaluaciones sobre las Experiencias”; “PRÓ-SAÚDE: Consideraciones sobre los avances” y “PRÓ-SAÚDE: Consideraciones sobre los desafíos”. Hay avances innegables motivados por los proyectos del programa y por todo un movimiento contextual para una formación crítica, reflexiva y articulada para la realidad de la salud. Sin embargo, todavía existen importantes desafíos a ser enfrentados para dirimir las lagunas entre los objetivos de la formación y los objetivos de los servicios.

Palabras claves: Educación Superior; Enfermería; Programa de Reorientación de la Formación Profesional en la Salud; Atención Básica para la Salud.

INTRODUÇÃO

A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, no Brasil, compõe o rol de competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta proposição surgiu dos debates do Movimento pela Reforma Sanitária, transitou entre as recomendações do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foi incorporada a Constituição Federal de 1988 e, finalmente, está expressa no Artigo sexto, Inciso III da Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080 de 1990, a qual regulamentou os princípios constitucionais (BRASIL, 1986, 1988, 1990).

Neste contexto emergiram muitas propostas de mudanças na formação em saúde, haja vista seu potencial de inovação e crítica aos modelos educacionais, profissionais e assistenciais tradicionais. Uma das possibilidades centrou-se na integração ensino-serviço e iniciativas como os Programas UNI⁵ demonstrando contribuições para o fortalecimento das mudanças articuladas à realidade do Sistema de Saúde.

⁵ Programa UNI – No início da década de 1990 a Fundação W. K. Kellog lança em países da América latina, incluindo o Brasil o programa denominado “Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade”.

A Enfermagem merece destaque por sua atuação pioneira, desde meados dos anos de 1990, especialmente pelas ações propositivas da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn – e a promoção de debates por meio dos Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem, considerados um marco para a construção de um novo paradigma curricular, integrado e voltado para as demandas de saúde da população e para os princípios do SUS (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Outro marco rumo às mudanças na formação é representado pela aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, entre os anos de 2001 e 2004. Como expressão de sinergia de objetivos e compartilhando os desafios de promover transformações, os Ministérios da Educação e da Saúde se uniram na promoção de políticas e programas com este intuito.

O Ministério da Saúde, comprometido com a ordenação da formação dos recursos humanos na saúde, criou em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) responde pelo desenvolvimento de políticas de formação em todos os níveis profissionais.

As iniciativas do setor saúde representam condições concretas, envolvimento de pessoas e disponibilização de recursos para viabilizar as propostas de reorganização dos cursos da saúde. Também estimulam o pensamento crítico e refletem positivamente nas transformações do processo de formação, com a mobilização e articulação de instituições e pessoas do ensino e do serviço de saúde (FEUERWERKER, CECCIM, 2004; OLIVEIRA et al., 2008).

Uma destas iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com outras instituições foi o lançamento, em 2005, do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – PRÓ-SAÚDE, com os objetivos de favorecer as mudanças curriculares, fortalecer a integração ensino-serviço e contribuir com a consolidação do SUS. Inicialmente contemplou os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, mas em uma segunda edição em, 2007, ampliou o Programa para os demais cursos da área da Saúde. No ano de 2011 a SGTES lançou o terceiro edital, desta vez em conjunto com outro programa, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, considerando o planejamento da saúde segundo as regiões e as redes de atenção a saúde (BRASIL, 2005, 2012).

Este estudo encontra-se circunscrito a este micro universo das transformações nos âmbitos da educação e da saúde. Seu objetivo foi

analisar a percepção de docentes, alunos e profissionais dos serviços de atenção básica à saúde acerca de suas experiências em projetos PRÓ-SAÚDE nos cursos de Enfermagem do estado de Santa Catarina.

Não se trata de um estudo avaliativo, tampouco comparativo entre as Instituições de Ensino Superior (IES) contempladas por editais do Programa. Buscou-se sim conhecer as experiências e extrair da percepção de atores do processo as possíveis lacunas, vieses, contribuições e implicações de uma iniciativa com a grande e complexa proposta de reorientar a formação voltada às demandas da atenção básica à saúde. Consideradas as limitações de um estudo dessa natureza esperase contribuir com o debate sobre a temática, sobretudo para o processo de reflexão-ação-reflexão nos cursos de Enfermagem e na saúde.

As indicações apresentadas valorizam as experiências concretas e seus protagonistas, podem promover o avanço de projetos que fomentam as mudanças, bem como, de intervenções futuras.

METODOLOGIA

Como estratégia metodológica o estudo de abordagem qualitativa adotou as referências do Estudo de Caso, uma vez que esta opção busca a compreensão em profundidade de um fenômeno social complexo em seu real contexto. Como método de pesquisa contribui substancialmente para a construção do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2010).

Cada local onde a investigação se desenvolveu representa um caso. Foram cenários do estudo cinco cursos de Enfermagem em cinco IES no estado de Santa Catarina que foram contempladas por editais do PRÓ-SAÚDE e desenvolveram seus projetos entre os anos de 2005 a 2011.

Foram entrevistados, por meio de um roteiro semi estruturado, vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. A amostra foi do tipo não probabilística, o coordenador de cada projeto era o sujeito chave e ele indicava os demais, considerando o envolvimento com os projetos. A distribuição dos sujeitos por IES variou, atendendo as indicações dos coordenadores. Cada IES possui um corpo docente com maior ou menor número de professores e destes, somente alguns participaram efetivamente de ações e projetos do PRÓ-SAÚDE. Buscou-se respeitar a uma representatividade de, no mínimo, três docentes e dois profissionais dos serviços em cada caso.

Para conhecer a percepção dos alunos foram realizados cinco

grupos focais, sendo um em cada caso. Foram convidados os alunos do último período do curso que conviveram durante todo período da sua formação com o desenvolvimento dos projetos do PRÓ-SAÚDE. A opção pela técnica de Grupo Focal com os alunos justifica-se pela possibilidade de fortalecer as discussões com as contribuições conjuntas de todos os participantes.

O processo de análise de dados ocorreu simultaneamente à coleta e seguiu duas etapas básicas: Codificação dos dados: designação de conceitos relevantes para responder aos objetivos do estudo; Estabelecimento de categorias analíticas: extração de conceitos dos dados agrupados por similaridade e segundo a possibilidade de ser atribuído um significado teórico. A exibição da análise foi tradicionalmente composta por meio da apresentação das categorias em textos discursivos, matrizes ou diagramas. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - The *Qualitative Data Analysis Software*.

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, foram respeitadas as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem e recebeu parecer favorável número 1801/2011.

O anonimato dos sujeitos e a preservação da identificação dos casos foi um dos compromissos assumidos com todos os participantes da pesquisa e com as IES. Desta forma, para a apresentação de fragmentos das informações coletadas foram utilizados códigos com as seguintes características: Grupos Focais – GF 1, GF 2, GF 3, GF 4, GF 5; Docentes – D 1 a D 22; Profissionais dos Serviços – PS 1 a PS 14.

A construção das categorias obedeceu a coincidência de códigos gerados no ATLAS-Ti em todos os casos. Esta opção considerou o caráter não comparativo deste estudo, mas o esforço por absorver as nuances de destaque que poderiam ser tratadas sem comprometer a identificação das IES, bem como, para respeitar questões peculiares de cada contexto.

Desta forma, foram definidas três categorias principais e subcategorias correspondentes conforme constam nos resultados.

RESULTADOS

Buscando apreender a perspectiva dos docentes, alunos e profissionais dos serviços de atenção básica acerca das suas experiências

de desenvolvimento de projetos PRÓ-SAÚDE, a análise dos dados revelou três grandes categorias. Estas categorias desdobram-se em subcategorias apresentadas na Figura 5 de forma esquemática.

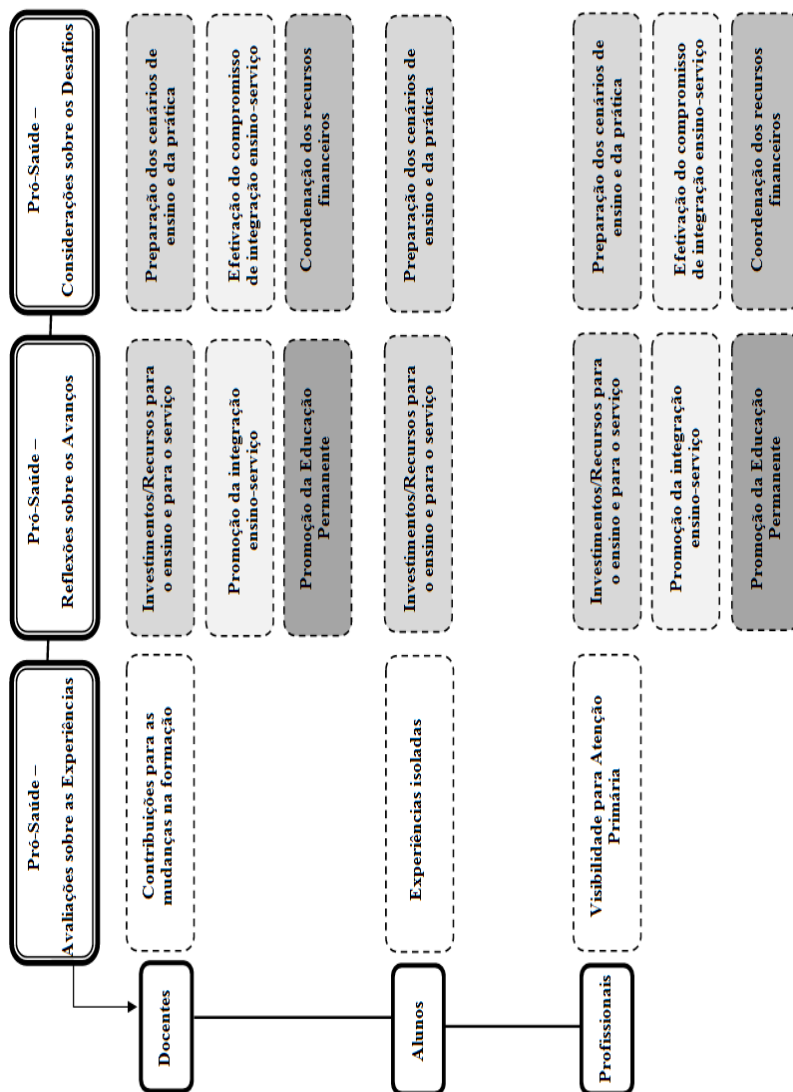


Figura 5: Categorias gerais e subcategorias de análise.
Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

A primeira categoria foi denominada “PRÓ-SAÚDE: Avaliações sobre as Experiências”. Quando questionados sobre como haviam vivenciado o desenvolvimento dos projetos do Programa os sujeitos expressaram suas principais impressões deste processo.

É importante destacar que esta foi a única categoria onde não houve aproximação, tampouco coincidências entre os olhares dos docentes, dos alunos e dos profissionais. Cada núcleo de sujeitos, de forma muito própria e correspondente ao seu papel, abstraiu as experiências de modos singulares.

Os docentes relacionaram o PRÓ-SAÚDE ao processo de mudança nos cursos de Enfermagem iniciado antes do Programa, a partir da LDB e das DCN. Eles veem o Programa da forma como foi concebido, como uma estratégia para promover, fomentar as mudanças curriculares. A especificidade melhor delimitada foi a respeito das contribuições para as mudanças na formação.

Por meio dos projetos, o movimento de mudanças recebeu elementos factíveis e definidos sob a forma de metas a serem atingidas para corresponder aos compromissos firmados. O PRÓ-SAÚDE agregou dinamicidade e concretude aos processos de reformulação dos planos políticos pedagógicos e curriculares, bem como, para a organização e desenvolvimentos das práticas nos serviços de saúde.

O PRÓ-SAÚDE vem dentro de um movimento, às vezes é difícil separar, porque muitas das coisas que a gente colocou no nosso projeto eram estratégia, iniciativas que a gente já vinha implementando ou construindo pra iniciar esse processo (D 7).

O PRÓ-SAÚDE é mais um elemento do processo, não é maior parte do processo e nem é exclusivo no processo, que fique bem claro. São políticas do governo, a gente tem que ficar atento, não pode voltar toda a formação para o PRÓ-SAÚDE, o curso já é voltado para as políticas públicas, para o SUS... (D 22).

Ele é uma ferramenta importante nesse aspecto, de dar uma sistematização pra isso, mas nada que os próprios cursos e municípios já não pudessem estar fazendo. Eu acho que ele sistematizou uma prática que não estava tão clara assim (D 17).

Para os alunos, o PRÓ-SAÚDE, desde a compreensão da concepção do Programa ministerial, passando pela construção do projeto ajustado às realidades dos Cursos, até a condução das ações, o Programa não imprimiu mudanças bem sedimentadas. Na experiência dos alunos em todos os Cursos, o PRÓ-SAÚDE esteve fortemente relacionado a algumas ações e/ou atividades promovidas pela instituição de ensino como palestras e seminários, e atividades nos serviços de saúde voltadas para a comunidade, como ações de educação em saúde. Assim, a experiência dos alunos com o Programa situa-se em um plano fragmentado e desarticulado do processo como um todo. O Programa expressou seu sentido restrito a algumas iniciativas isoladas na própria universidade ou em alguma ação da prática.

Pra falar a verdade só os cartazes pendurados, de ouvir, de alguém vir falar... (GF 2).

Se qualquer pessoa da nossa sala questionar o que é PRÓ-SAÚDE hoje até a gente tem uma resposta porque tu falou o significado da sigla, que é a reorganização da formação, porque senão eu nem saberia dizer isso. (GF 1).

Eu não tive muito conhecimento sobre o que era o Pró Saúde, como funcionava, como ela falou, eu só ouvia falar “o PRÓ-SAÚDE apoiou tal evento, financiou tal projeto”, não sabia exatamente o que era, como funcionava, o que fazia. (GF 5).

Não pode esquecer a atividade interdisciplinar e multiprofissional que começaram com o PRÓ-SAÚDE. (GF 4).

As experiências dos profissionais dos serviços de Atenção Básica que participaram da integração ensino-serviço com o PRÓ-SAÚDE puderam ser sintetizadas numa percepção única: de associação das ações do Programa a uma maior visibilidade da Atenção Básica. As falas estiveram sempre muito próximas da descrição de aspectos positivos e limitadores do processo, mas, quando questionados sobre como foi o PRÓ-SAÚDE como experiência para a formação profissional, as impressões foram de que tal iniciativa promoveu o nível de Atenção Básica, bem como o papel e a importância deste nível dos serviços no SUS.

Eu acho, pelo menos é o que eu tenho observado, é que ele tenta aproximar cada vez mais com a atenção básica. A gente consegue desenvolver bastante trabalho interessante, eles têm uma experiência muito rica. (PS 5).

O PRÓ-SAÚDE tem uma responsabilidade nisso porque o aluno tá chegando aqui no começo, o aluno tá vindo cedo pra atenção primaria, então é falar o tempo todo e cobrar o tempo todo. Atenção primaria é porta de entrada e porta de entrada tem que ter escuta qualificada, porta de entrada tem que estar organizada pra atender as pessoas quando elas chegam. (PS 2).

Na segunda categoria geral despontaram perspectivas correspondentes dos sujeitos de pesquisa em relação aos avanços oriundos do desenvolvimento dos projetos PRÓ-SAÚDE. Desta forma a apresentação seguirá a lógica das coincidências.

A primeira subcategoria, relacionada à contribuição, foi ponto de unanimidade entre docentes, alunos e profissionais dos serviços e diz respeito ao subsídio financeiro do Programa. Todos concordaram que os recursos financeiros oriundos do PRÓ-SAÚDE trouxeram contribuições materiais e não materiais para as instituições de ensino e para as unidades de saúde parceiras. Foram citados investimentos em infra estrutura para os cursos e unidades, compra de materiais de consumo, bem como, investimentos em consultorias, desenvolvimento de pesquisas e participação em eventos científicos.

Os incentivos financeiros do PRÓ-SAÚDE concretizaram ações de benfeitorias estruturais e proporcionaram atividades acadêmicas e de atualização profissional, muitas vezes dificultadas pela escassez de recursos.

A gente estava acostumada a ir às unidades de saúde daqui e tinham computador lá que a gente podia usar, então acabava tendo uma porta de entrada porque alguns recursos da universidade tinham sido aplicados ali, então em alguns momentos facilitou a gente entrar nesses espaços. (GF 4).

A gente se deu conta que o PRÓ-SAÚDE garante os insumos, a verba para os nossos locais de

estágio, pra não onerar a prefeitura, o hospital... (GF 5).

Fortaleceu porque possibilitou maiores recursos, a compra de material para elaboração para fazer o diagnóstico na comunidade, para comprar material... A gente constrói o mapa inteligente do território, então, sempre tem gastos. (D 11).

Para a nossa instituição foi muito interessante, ajudou para que a gente melhorasse os nossos cenários institucionais. A gente tinha algumas limitações de instrumentais, o projeto veio com um recurso financeiro que possibilitou isso. (D 20).

O PRÓ-SAÚDE é uma coisa de muito valor. Se nós temos material hoje dentro daquela clínica eu agradeço ao PRÓ-SAÚDE (PS 8).

Se não tivesse o PRÓ-SAÚDE eu acho que iria ter alunos na unidade do mesmo jeito. Eu vi se materializar mesmo em materiais, coisas físicas. A gente sabe que veio um sonar novo, verba do Pró Saúde, ou veio um material educativo, verba do PRÓ-SAÚDE (PS 1).

Outra considerável contribuição e significativo avanço trazido pelo PRÓ-SAÚDE, agora na perspectiva de docentes e profissionais, foi a promoção da integração ensino-serviço. Em todos os casos, anteriormente ao PRÓ-SAÚDE, já existiam parcerias ou convênios, entre as instituições de educação superior e a rede de serviços de saúde. Entretanto, após o Programa, os vínculos interinstitucionais se estreitaram, houve adesão e participação de um número maior de atores do processo no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das atividades de integração ensino-serviço.

Assim, o PRÓ-SAÚDE possibilitou uma aproximação mais sólida, institucionalizada entre universidades e os serviços de saúde.

Nós tivemos muitos ganhos, porque conseguimos ampliar as discussões, trazer a rede pra dentro da academia, trazer esses profissionais, envolve-los na formação... (D 6).

Tem que destacar que a secretaria municipal de saúde já tinha todo um setor para cuidar da integração ensino-serviço, mas o PRÓ-SAÚDE fez com que aquele setor sentasse com os profissionais da universidade para poder discutir juntos. (D 21).

Antes nós tínhamos o acadêmico de enfermagem e o serviço oportunizava a aprendizagem, hoje não, hoje a gestão tem essa parceria, esse envolvimento... Seja a gestão local, seja a gestão da secretaria municipal de saúde. Então, o próprio movimento do PRÓ-SAÚDE envolveu os atores nesse projeto de reorganização. (PS 9).

Ele aproximou o serviço da universidade, com certeza ele aproximou bastante e essa aproximação é vital. Já existia, mas depois dele houve um fortalecimento desse vínculo de uma forma acadêmica, institucionalizada. De uma forma mais objetiva, a secretaria municipal de saúde está mais próxima da universidade, tem um grupo de trabalho que tem pessoas sempre articulando com a universidade, então isso se deve ao PRÓ-SAÚDE também. (PS 2).

Também na percepção dos docentes e dos profissionais dos serviços, outro avanço trazido pelo PRÓ-SAÚDE foi a promoção da educação permanente. Atividades neste sentido ocorreram nos âmbitos das universidades, das unidades de saúde e da integração entre as instituições.

O Programa mobilizou esforços dos envolvidos em busca da constante atualização dos conhecimentos, congregação de saberes e incorporação de novas práticas, tanto no ensino quanto na assistência.

Todos os estágios já preveem uma educação permanente naquela comunidade... Para equipe de saúde também. (D 15).

Nós estamos usando o dinheiro do PRÓ-SAÚDE pra fazer essa educação permanente, que é a formação do profissional de universidade e a gente chama o profissional do serviço também. O serviço usa a universidade, toda a capacitação da

prefeitura é dentro da universidade, tudo feito aqui. (D 21).

Se para universidade é fundamental estar no espaço do serviço pra formar os profissionais, hoje o PRÓ-SAÚDE no serviço é fundamental estar no meio acadêmico, nesse borbulhamento, porque a gente percebe que a gente tá crescendo enquanto serviço, tá fazendo um mestrado, tá escrevendo artigo. (PS 4).

Em relação à supervisão de aluno essa aproximação trouxe mais oportunidade das pessoas estudarem, participarem de pesquisas, realizar pesquisas no caso do TCC. Teve essa questão de fazer pós-graduação. A enfermagem teve vários encontros, inclusive previstos no projeto PRÓ-SAÚDE, de educação permanente... (PS 3).

Como processo o PRÓ-SAÚDE, ou melhor, as experiências de desenvolvimento de projetos do Programa, é permeado por momentos de negociações, (re)ajustes das mais variadas ordens, reflexão e avaliação do seu andamento. No momento no qual os envolvidos se voltam para pensar em como o processo está se desenvolvendo, sobretudo, se os objetivos estão sendo atingidos, além de constatarem o alcance das metas eles refletem sobre os limites ou obstáculos encontrados no percurso.

São as reflexões acerca dos desafios a serem superados no processo de desenvolvimento das ações do PRÓ-SAÚDE que configuram a terceira categoria e respectivas subcategorias.

A percepção de todos os sujeitos coincidiu em relação a preparação dos cenários da prática como uma questão que ainda requer maior atenção e se constitui em um desafio para alcançar as imagens-objetivos traçadas pelos projetos.

Anteriormente, docentes e profissionais do serviço consideraram um avanço a consolidação da integração ensino-serviço. Porém, consolidação talvez não seja a melhor definição, pois houve sim maior concentração de esforços para fortalecer as parcerias, mas restam arestas a serem dirimidas. Tais arestas correspondem ao preparo ineficiente, em algumas situações, dos cenários da prática para receber docentes e

alunos sem afetar negativamente o processo de trabalho dos profissionais nestes serviços.

Pode-se perceber nos comentários que seguem o quanto a preparação dos cenários ainda representa um entrave para consolidar verdadeiramente um dos elementos da reorientação da formação em saúde.

Se fossem preparadas as unidades antes da gente chegar eu acho que a recepção poderia ser melhor. Às vezes a gente chega e a pessoa lá da unidade nem recebe, aí fica aquela coisa, você chega na casa de alguém e não é bem recebido. É uma situação que eu acho que tinha que ser conversado antes, ser explicado quando você começa a fazer a atividade parece uma coisa fiscalizadora, e não é isso. (GF 3).

Tem dia que não tem como trabalhar, não tem salas, ele tem que ceder a sala dele, que já não é uma sala de enfermagem, para o curso de nutrição atender, outros cursos... Porque não tem sala e têm acadêmicos, então ele acaba deixando de atender os pacientes dele para que isso aconteça. (GF 1).

Às vezes as coisas caem e não preparam as pessoas para nela trabalhar. (D 13).

Então, é fundamental que eles possibilitem que tenha momento de atendimento, de conversar sobre casos, de liberar salas, procedimentos, de tudo, acho que tem que ter esse retorno, essa contrapartida. (D 4).

Vocês não podem atrasar consulta porque vocês têm acadêmico, vocês não podem atrasar procedimento porque vocês tem acadêmico, então essa compreensão do gestor é bem difícil, que é a questão de quantidade e de espaço físico também (PS 13).

A gente tem mais problemas em relação a adequar os horários, o número de alunos que vem. (PS 6).

Ainda neste contexto da consolidação dos compromissos da integração ensino-serviço, docentes e profissionais do serviço ponderaram sobre o desafio constante de efetivar essa relação. Essa efetividade diz respeito à interação de todos os envolvidos, a compreensão dos objetivos e à demonstração, na prática, dos papéis correspondentes. Percebem-se lacunas nos processos pela não aderência de todo corpo docente e de toda equipe de saúde na construção da formação projetada integrada e integralmente.

Também se nota a prevalência de relações construídas de forma fortemente hierarquizada, faltando horizontalidade no processo, desde a sua concepção. Paradoxalmente, a integração parece ser fragmentada em níveis de negociação. Há integrações por conveniência, entre as coordenações institucionais para a celebração dos convênios, entre os docentes e os profissionais dos serviços, entre docentes correspondentes a um determinado curso e seus colegas de profissão nos serviços, ou seja, docente da Enfermagem integrado isoladamente aos profissionais da Enfermagem.

Neste sentido, docentes e profissionais dos serviços expressaram a necessidade de efetivar os compromissos da integração global entre ensino e serviço.

A gente tem desafios, um deles eu acho que ainda seja a articulação ensino-serviço, da possibilidade de estar discutindo isso, do serviço e dos profissionais se sentirem comprometidos também com a formação tanto do indivíduo aqui da graduação quanto deles próprios. (D 8).

Tudo bem os profissionais já estão conversando, mas as instâncias superiores não, quer dizer, tem alguns entraves que são ridículos e que não deveriam estar existindo. Ainda vai levar tempo até que essa ideia se sedimente. (D 17).

Então tem esse espaço de diálogo, eu acho que a gente avançou muito nesse período, mas ainda temos muito que avançar, porque não é todos os profissionais que tem esse entendimento, essa disponibilidade, como também não são todos os professores que tem esse entendimento e disponibilidade de aceitar a opinião do outro, de mexer no seu dia a dia, que tá cômodo. (PS 14).

Os alunos vêm e vão e não passa ninguém da

universidade aqui. A gente que tem como ver como é que faz, aí eles vão apresentar o projeto e tem uma tal de ata, mas como é que é isso? Como é a avaliação, qual peso tem, como é a nota? Então, eu me senti desmotivada nesse sentido, porque eu tenho todo um esforço e acabo não tendo o respaldo do outro lado. (PS 1).

Por fim, também na perspectiva dos docentes e dos profissionais do serviço, os recursos financeiros considerados uma contribuição, também foram causa de certo descontentamento e se constituiu em um desafio a ser ultrapassado. Não se trata dos recursos em si, mas da administração dos mesmos.

A coordenação dos recursos dos projetos PRÓ-SAÚDE, apesar de toda previsão orçamentária com a descrição dos itens e despesas, foi pontuada como um aspecto a ser melhorado. Para os entrevistados houve dificuldades com o recebimento dos recursos e com os trâmites para a aplicação dos mesmos. Também houve descontentamento com a forma como os recursos foram aplicados, sobretudo, demonstrado pelos profissionais dos serviços.

Porque o recurso veio para a secretaria municipal da saúde e a primeira parcela a gente colocou o recurso para a universidade e a primeira proposta foi cumprida, agora o segundo, terceiro ano a gente ainda está com bastante dificuldade para dar andamento no projeto. Por causa de licitação de prefeitura, é muito moroso o processo. (D 14).

Também a gente sente algumas questões de recursos, por exemplo, o PRÓ-SAÚDE tem algumas datas pra enviar e às vezes a gente precisa do recurso antes, tem que desenvolver alguma atividade, então a universidade passa o recurso e só depois recebe de volta, são essas questões. (D 9).

Nós recebemos essa mobília, esses móveis, mas eu penso que esse dinheiro e compra dos materiais, isso poderia ser discutido mais in loco. A reforma foi questionada, mas nós reformamos de acordo com a verba que veio estipulada, uma quantia X e

vocês vão poder fazer isso, nós reformamos dentro dessa verba. Os equipamentos chegaram, mas não vieram na unidade nos questionar “vocês precisam disso, daquilo”, não nos questionaram. Eu acho que isso foi uma falha, deveria ser discutido na unidade qual é a necessidade de equipamento pra unidade. (PS 11).

A forma de repasses de recursos, porque eles vieram muito fragmentados, então houveram atividades previstas que não foram realizadas porque o recurso não chegou. Tinha compras para fazer e não dava tempo de licitar. Então o maior problema foi o gerenciamento do recurso financeiro. (PS 3).

DISCUSSÃO

Para compor esta discussão os achados apresentados acima serão associados e/ou contrapostos por estudos que também buscaram em experiências de projetos PRÓ-SAÚDE apreender os reflexos dos mesmos sobre a formação na saúde.

No contexto das Universidades e dos cursos, especificamente na área da saúde, os Programas como o PRÓ-SAÚDE representam uma importante estratégia, somada a todos os esforços empenhados no movimento de reorganização político-pedagógico e curricular.

A ideia de um programa como o PRÓ-SAÚDE nasceu de experiências anteriores de integração ensino-serviço e da avaliação da aderência dos cursos de graduação às DCN, especialmente da constatação de que a implementação das Diretrizes na prática ainda estava aquém do desejado. Dessa forma, o Programa vem desempenhando importante papel na efetivação das DCN nos cursos da saúde. Suas contribuições permeiam aspectos como a ênfase na atenção primária à saúde, na compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença, principalmente, no processo ensino-aprendizagem inserido e articulado a este contexto (HADDAD et al., 2012). O PRÓ-SAÚDE potencializou todos os esforços empenhados para efetivar as mudanças da matriz curricular, somou-se ao movimento pela transformação da formação de recursos humanos para área da saúde (PALMIER et.al., 2012).

Essa consciência do PRÓ-SAÚDE como elemento agregador para as experiências da formação foi a percepção essencial entre os docentes dos cursos de Enfermagem neste estudo.

Programas como o PRÓ-SAÚDE fortalecem para além da formação, repercutem na esfera social da educação superior. Para a atenção básica à saúde significa alavancar este nível de atenção numa direção oposta às forças do modelo clínico, tecnicista e curativista. À medida que seus objetivos se concretizam a assistência se qualifica, problemas são resolvidos e os indicadores de saúde melhoram (REIBNITZ et al., 2012).

O modelo de atenção à saúde, cuja abordagem é centrada na promoção da saúde e na concepção da determinação social do processo saúde-doença no contexto da atenção primária à saúde, conquistou com os projetos do PRÓ-SAÚDE maior espaço na constituição dos currículos formais e da organização da formação em saúde. Desde as DCN dos cursos da saúde esta premissa compôs a estrutura das diretrizes, contudo, o PRÓ-SAÚDE fomentou iniciativas para a consolidação da formação em consonância com este modelo.

Os profissionais dos serviços de saúde, da atenção básica, observaram maior visibilidade deste cenário para a formação, sobretudo, porque estão acompanhando o processo do início ao fim. Em pesquisas recentes como em Almeida et al. (2012) e de Silva et al. (2012) tais iniciativas se caracterizam pelo aumento da carga horária do ensino teórico-prático em atenção primária, inserção precoce nos serviços de saúde e planejamento das ações de acordo com as necessidades reais da população onde os serviços estão inseridos. Em suma, os encontros desde o início da formação entre o aluno com a realidade dos serviços e da saúde no SUS promovem a atenção básica à saúde.

Modelos de formação estritamente clínicos, gradativamente e com o fomento de programas como o PRÓ-SAÚDE, estão sendo modificados na sua estrutura em direção a um modelo correspondente ao preconizado pelo SUS. Um modelo cujas diretrizes orientam para o processo de trabalho fundamentado nos conceitos de promoção a saúde, multi e interdisciplinaridade e de educação em saúde. A partir das mudanças estruturais muda-se a visão técnica aliada às profissões responsáveis pela atenção a saúde (BATISTA et al., 2010).

O incentivo financeiro do PRÓ-SAÚDE se sobressaiu como contribuição nas experiências de todos os atores neste estudo por representar uma oportunidade para a compra de equipamentos, para os cursos e para unidades de saúde.

As instituições, muitas vezes, convivem com a escassez ou

restrição de recursos para a aquisição de mais equipamentos satisfazendo as necessidades dos profissionais do serviço, dos docentes e dos alunos, por exemplo, no caso de computadores para pesquisas. Recursos também são importantes para a compra de material de consumo e ações na comunidade. Nas unidades com mais pessoas envolvidas e buscando inovar em relação às atividades há maior dispêndio de materiais ou demanda por outros tipos de aquisições. Dessa forma, poder destinar um recurso próprio para estes fins facilita o processo na questão do financiamento (MORAES et al., 2010; PALMIER et al., 2012).

Para os docentes e profissionais dos serviços, que participaram deste estudo, a oportunidade de desenvolver projetos do PRÓ-SAÚDE trouxe contribuições para seus processos de educação permanente.

A Educação Permanente em Saúde, configurada com identidade própria por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articula-se como um dos elementos estruturantes dos projetos do PRÓ-SAÚDE. Da integração dos atores do ensino e do serviço emergem necessidades específicas para as quais as respostas podem ser apresentadas por ações de Educação Permanente (EP). Em algumas experiências do Programa as iniciativas de EP se manifestam de forma ainda tímida e constitui um desafio. Mas, não há dúvidas em relação ao seu potencial transformador das práticas de ensino, de atenção à saúde e da relação entre estes âmbitos (ALMEIDA et al., 2012; FERREIRA, FORSTER, SANTOS, 2012).

O estudo de Collisselli et al., (2009) retratou um dos aspectos deste movimento a partir dos estágios curriculares supervisionados do curso de Enfermagem. O PRÓ-SAÚDE no contexto desta universidade agregou contribuições no sentido da inserção dos alunos na realidade local em diversos cenários da atenção à saúde. Também estreitou as relações de parceria entre a IES, os profissionais e a gestão da saúde e os usuários do SUS, em busca de objetivos comuns entre todos.

As relações entre ensino e serviço também foram foco nas contribuições do PRÓ-SAÚDE nas experiências relatadas por Almeida, et al. (2012) e Dias (2011). Suas pesquisas corroboram com a percepção de que o Programa “institucionalizou” as relações interinstitucionais no sentido de formalização dos objetivos em comum. Passou de um simples convenio para a utilização dos espaços das unidades de saúde para um plano de articulação entre saberes e fazeres, definição de objetivos em comum e ajustes compartilhados entre as necessidades do ensino e do serviço, com a valorização de todos os papéis.

Embora estudos como este e outros apontem para a promoção da

integração ensino-serviço como contribuição do PRÓ-SAÚDE, a concretude destas relações ainda apresenta pontos frágeis. Em determinado âmbito relacional são detectadas tais fragilidades, com ênfase para a relação entre os atores do ensino e os atores do serviço. De certa forma, essa relação se caracteriza pela passividade dos profissionais dos serviços na aceitação das propostas de trabalho colocadas pelas universidades. Este fato corrobora para a perpetuação do caráter verticalizado das negociações entre academia e serviços. Constitui-se em um desafio a viabilização da participação e do envolvimento dos profissionais que recebem os alunos nos cenários do trabalho em todo processo de construção desta prática. A começar pelo planejamento na universidade até a efetivação das ações no dia a dia das unidades em sólida associação entre os objetivos da aprendizagem com as necessidades dos serviços e da população adstrita (COLLISELLI et al., 2009; MORAIS et al., 2010).

Este estudo identificou, e algumas vezes, corroborou que barreiras colocadas entre os atores nas relações de integração ensino-serviço sejam por papéis, hierarquias ou por demandas dos processos de trabalhos repercutem e alimentam os vieses observados em relação à preparação dos cenários das vivências teórico-práticas. A definição de objetivos, o planejamento das atividades e a organização das práticas deveriam ser construídos conjuntamente com os docentes, alunos e profissionais.

Há relatos de experiências em que os profissionais não reconheciam como seu papel a recepção e o acompanhamento de alunos. Não basta transferir o ambiente do ensino para rede de serviços de atenção a saúde, muitas negociações estão implícitas neste processo e o sentido da palavra integrar deve ultrapassar a simples ação da academia ocupando o espaço do serviço. Os desafios são complexos e requerem mudanças nos comportamentos e comprometimento com a educação – formação e com a saúde (FERREIRA, FORSTER, SANTOS, 2012; MORITA et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o que foi posto em xeque corresponde à incorporação da integração ensino-serviço por todos os atores do processo a partir da consolidação dos objetivos da formação em saúde reorientada às demandas reais do Sistema de Saúde e seu modelo de atenção. Cada um destes atores é corresponsável na construção dos projetos e da formação, portanto o alcance das imagens-objetivos ultrapassa qualquer tipo de

elaboração teórica, perpassando, sobretudo, a ação dos sujeitos.

Como movimento processual é esperado que as experiências se reportassem aos aspectos fortalecedores e a outros ainda frágeis. Alguns estudos, como este, consideraram as potencialidades da integração ensino e serviço e do PRÓ-SAÚDE como estratégia mobilizadora dessas ações.

Há avanços, inegáveis, motivados pelos projetos do Programa e por todo um movimento contextual por uma formação crítica, reflexiva e articulada à realidade de saúde. Mas, ainda existem importantes desafios a serem enfrentados para dirimir as lacunas entre os objetivos da formação e os objetivos dos serviços.

O diálogo, a disseminação de informações e a afinidade de interesses são peças-chave para a promoção cada vez mais consciente das propostas.

O aspecto puramente financeiro de qualquer Programa também deve ser ultrapassado, sua funcionalidade não pode ser confundida com a essencialidade da composição dos projetos. Ao concentrar as contribuições de um Programa nos recursos financeiros que dele provem, diante de uma tarefa complexa como as mudanças na formação em saúde, se assinala uma distância entre o ideal e o real. O papel da moeda de troca, em seu sentido literal, para a abertura das portas da academia e dos serviços é uma verdade difícil de ser encarada, contudo necessita de reflexão.

Apesar dos limites de um estudo qualitativo aplicado a contextos particulares, impossibilitando generalizações, as pesquisas que buscam retratar e discutir este universo em transformação, as avaliações dos projetos, ou de outras naturezas são vias para o compartilhamento de vivências, estratégias e reflexões. São produções que podem sedimentar a construção do conhecimento acerca dos cenários e do objeto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do PRÓ-SAÚDE Unifor e seus nove cursos de graduação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 119-126, 2012.

BATISTA, M. J. et al. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em

Piracicaba, SP, Brasil. **Arq. odontol.**, Belo Horizonte (MG), v. 46, n. 3, p. 144-151, jul./set. 2010.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferencia Nacional de Saúde.** Brasília: CNS, 1986. (Mimeo).

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 2.101 de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; et al. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz, 2006. p.149-182.

COLLISELLI, L. A. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-937, nov./dez. 2009.

DIAS, H. S. A. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia:** dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 127-133, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M; CECCIM, R. B. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

HADDAD, A. E. et al. PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, 2012.

MORAIS, F. R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do PRÓ-SAÚDE em Mossoró, Brasil. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 442-449, set. 2010.

MORITA, M. C. et al. Projeto PRÓ-SAÚDE odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. **Espaç. saúde (Online)**., Londrina, v. 8, n. 2, p. 53-57, jun. 2007. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Relato%20_v8%20n2_.pdf>. Acesso em: 28 out. 2012.

OLIVEIRA, N. A. et al. mudanças curriculares no ensino médico

brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333–346, 2008.

PALMIER, A. C. et al. Inserção do aluno de Odontologia no SUS: contribuições do PRÓ-SAÚDE. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 152-157, 2012.

REIBNITZ, K. S. et al. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos PRÓ-SAÚDE I e II. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 68-75, 2012.

SILVA, M. A. M. et al. O PRÓ-SAÚDE e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, v. 16, n. 42, p. 707-17, jul./set. 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

6.3 MANUSCRITO 04 - INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: IMPLICAÇÕES E PAPÉIS EM VIVÊNCIAS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: IMPLICAÇÕES E PAPÉIS EM VIVÊNCIAS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LEARNING-SERVICE INTEGRATION: IMPLICATIONS AND ROLES IN EXPERIENCES OF UNDERGRADUATE COURSES ON NURSING.

INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO: IMPLICACIONES Y ACTUACIONES EN VIVENCIAS DE CURSOS DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias
RAMOS, Flávia Regina Souza

RESUMO: O presente estudo se desenvolveu com o intuito de conhecer as implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem na perspectiva de docentes, alunos e profissionais dos serviços de saúde. E, identificar os papéis dos docentes e profissionais que acompanham as vivências práticas na formação. A pesquisa de abordagem qualitativa adotou as referências do Estudo de Caso. A pesquisa foi realizada em cinco casos representados por cinco cursos de graduação em Enfermagem de diferentes Instituições de Ensino Superior do estado de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com a participação de vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. Também foi realizado um grupo focal, em cada caso, com os alunos do último período do curso, formandos do primeiro semestre de 2011. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti – The *Qualitative Data Analysis Software*. Os dados compuseram duas categorias analíticas: “As implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem – fatores contributivos e fatores intervenientes”; “Relações que se estabelecem nas vivências – um discurso unísono e uma prática dissonante”. São inegáveis as contribuições destas experiências e os dados deste estudo confirmaram

reflexos como o exercício da relação teoria e prática e o despertar da consciência crítica e reflexiva de uma formação articulada à dinâmica social, à realidade dos serviços e da profissão e em atenção às necessidades dessa interação. Apesar dessa convicção existem fatores intervenientes em experiências de integração ensino-serviço que precisam estar na pauta de discussão, pois representam limites para o avanço da estratégia. Outra nuance revelada no estudo surge das relações que se estabelecem do envolvimento dos atores do processo. No discurso dos participantes emergiu de modo veemente o papel do facilitador na formação, apesar de contradição ainda presente quanto a este papel.

Palavras-Chave: Educação Superior; Enfermagem; Integração ensino-serviço; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT: This study was developed in order to understand the implications of the learning-service integration to the nursing training under the perspective of professors, students and professionals of the health services. It also tried to identify the roles of teachers and professionals who accompany the practical experiences during training. The research was of qualitative approach, and it adopted the case study referrals. The survey was conducted in five cases represented by five undergraduate courses in nursing of different higher education institutions, in the state of Santa Catarina. Data collection was conducted through interviews with the participation of twenty-two professors and fourteen professionals of services on primary health care. It was also developed a focus group, for each case, with students from the last semester of the course, graduates of the first semester in 2011. Data was organized and categorized with the help of the software ATLAS-ti, The Qualitative Data Analysis Software. Data comprised two analytical categories: "The implications of learning-service integration to the nursing training: intervening and contributory factors", and "Relationships established in the experiences: unison discourse and dissonant practice". It is not possible to deny the contributions of these experiments, and data from this study confirmed some reflexes as the theory-practice exercise. Also, the awakening of reflexive and critical understanding of the training, articulated to social dynamics, the reality of the profession, services and support to the needs of this interaction. Despite this conviction, there are intervening factors in experiences on learning-service integration that must be discussed because they represent limits to the strategy advancement. Another nuance revealed in the study arises from the relationships established through the

involvement of the actors, in the process. In the discourse of the participants, the role of the training facilitator emerged very strongly, although there is a contradiction still present in relation to this function.

Key words: Higher education; Nursing; Learning-service integration; Primary Health Care.

RESUMEN: El presente estudio se desarrolló con el objeto de conocer las implicaciones de la integración enseñanza-servicio para la formación en enfermería, en la perspectiva de docentes, alumnos y profesionales de los servicios de salud. También, para identificar las funciones de los docentes y profesionales que acompañan las vivencias prácticas en la formación. Investigación de abordaje cualitativa que adoptó las referencias del estudio de caso. La misma fue realizada a través de cinco casos representados por cinco cursos de graduación en enfermería de diferentes instituciones de enseñanza superior, en el estado de Santa Catarina. La obtención de los datos fue realizada por medio de entrevistas, con la participación de veintidós docentes y catorce profesionales de los servicios de atención básica para la salud. También fue desarrollado un grupo de enfoque, en cada uno de los casos, con los alumnos del último período del curso, graduandos del primer semestre del 2011. Los datos fueron organizados y categorizados con el auxilio del software ATLAS-ti, The *Qualitative Data Analysis Software*. Los datos integraron dos categorías analíticas: “Las implicaciones de la integración enseñanza-servicio para la formación en Enfermería, factores contributivos y factores intervinientes”; “Relaciones que se establecen en las vivencias, un discurso unísono y una práctica disonante”. Resultan innegables las contribuciones de estas experiencias y los datos de este estudio confirmaron reflejos, tales como el ejercicio de la relación teoría y práctica. También, el despertar de la conciencia crítica y reflexiva de una formación articulada para la dinámica social, la realidad de los servicios, de la profesión y en atención a las necesidades de esa interacción. A pesar de esa convicción, existen factores intervinientes en las experiencias de integración enseñanza-servicio que precisan estar en la pauta de discusión, pues representan los límites para el avance de la estrategia. Otra diferencia revelada en el estudio surge de las relaciones que se establecen por el involucramiento de los actores del proceso. En el discurso de los participantes emergió de modo vehemente el papel del facilitador en la formación, a pesar de la contradicción todavía presente en relación a este papel.

Palabras Claves: Educación Superior; Enfermería; Integración enseñanza-servicio; Atención Primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A integração ensino-serviço compreende o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre gestores da educação e da saúde, docentes, alunos e trabalhadores dos serviços de atenção à saúde. Esta é uma estratégia do processo de formação profissional, porém seus objetivos se ampliam à medida que se voltam para a qualidade da assistência à saúde e a satisfação de todos os envolvidos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

As Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde há muitos anos criam instrumentos de cooperação, parcerias ou convênios para a realização de práticas de ensino nos espaços de atenção à Saúde. Em 1981, no contexto nacional foi criado o Programa de Integração Docente Assistencial, cuja máxima era a de não limitar a integração ensino-serviço à utilização de instituições de saúde para a prática da docência (BRASIL, 1981). Este programa representa apenas um exemplo da institucionalização das estratégias de integração ensino-serviço. Como esta iniciativa muitas outras surgiram e existem até hoje para fomentar essas experiências com bases em diretrizes para promover de modo cada vez mais consolidado a inserção dos alunos em contextos reais do trabalho na saúde.

A ordenação da formação de recursos humanos para a saúde corresponde a uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990. Tal competência evidencia a urgência de mudanças no processo de formação para a adequação do perfil profissional em consonância com os princípios e as demandas do Sistema. Toda estratégia em nome do fortalecimento das experiências de integração ensino-serviço representa a ampliação de potencialidades em um processo muito maior, que é a consolidação do SUS.

A integração entre os serviços do SUS e as universidades requer ações constituídas em relações horizontais, em processos de trabalho conjuntos. Os acordos devem considerar os interesses, as necessidades e as potencialidades, bem como reconhecer e lidar com a heterogeneidade de cada parte para representar uma agenda de interesses comuns entre os atores (FEUERWERKER, 2004).

Os espaços de diálogo entre educação e trabalho na saúde assumem lugar privilegiado para o desenvolvimento da percepção dos alunos sobre suas escolhas profissionais. São espaços de exercício da cidadania onde todos os atores, com seus saberes e modos de ser e ver o mundo constroem e exercem seus papéis na sociedade. As atenções voltadas para a formação a partir do processo de trabalho estruturam-se

a partir da problematização dos elementos próprios e reais que surgem no fazer cotidiano das profissões. Têm como objetivo central a transformação das práticas profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Esse processo de trabalho, influenciado pelos processos de mudanças nos âmbitos do setor educação e do setor saúde, exige coerência entre as propostas dos serviços e do ensino em suas dimensões políticas, técnica e metodológica. Os compromissos firmados institucionalmente requerem a responsabilização coletiva, não serão efetivos e consolidados se ocorrerem em iniciativas isoladas (PEREIRA; FRACOLLI, 2009).

A interlocução entre a formação e a assistência à saúde é capaz de oferecer mutuamente inúmeras possibilidades de saber e de fazer, sobretudo de integração entre os dois. Contudo, para a efetivação de todas estas ideias torna-se necessário investir na criação de espaços de diálogo entre as universidades, os serviços e a comunidade para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e reorganização da atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; PEREIRA, FRACOLLI, 2009).

Este estudo circunscreve seu objetivo a partir deste referencial complexo, das construções de relações e dos reflexos da concretização das estratégias de integração ensino-serviço na formação em saúde. Assim, se buscou conhecer as implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem na perspectiva de docentes, alunos e profissionais dos serviços de saúde e; identificar os papéis dos docentes e profissionais que acompanham as vivências práticas na formação.

O objeto do estudo foi tomado em experiências de cursos de Enfermagem que desenvolveram projetos do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. Lançado a partir do ano de 2005 o Programa vem sendo desenvolvido em cursos da área da saúde para contribuir com a aproximação efetiva entre ensino e serviços básicos de saúde para uma geração de conhecimentos e atenção a saúde da população com uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

As experiências ao longo da formação sejam teóricas e, sobretudo, as vivências nos cenários extramuros, fora das universidades, imprimem percepções acerca de todo universo onde se insere o trabalho. São percepções sobre o trabalho em si, sobre o social, a história e a política que interferem no modo como as profissões são construídas, desempenham seu papel e se relacionam.

Portanto, entende-se que investigações com esse foco podem contribuir para trazer à tona elementos para reflexão e discussão em

meio ao movimento de mudanças e implementação de estratégias para a formação profissional e a qualidade dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para nortear o desenvolvimento desta investigação optou-se pela abordagem qualitativa com a adoção das referências do Estudo de Casos Múltiplos. Este design metodológico é frequentemente empregado em estudos descritivos e exploratórios que buscam apreender em profundidade um fenômeno social complexo em seu real contexto (YIN, 2010).

Este estudo incluiu cinco casos representados por cursos de graduação em Enfermagem em cinco (05) Instituições de Ensino Superior (IES) no estado de Santa Catarina. O critério de escolha dos locais baseou-se no desenvolvimento de projetos do PRÓ-SAÚDE entre os anos de 2005 a 2011.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semi estruturado, com a participação de vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. Também foi realizado um grupo focal, em cada um dos cinco casos, com os alunos do último período do curso, formandos do primeiro semestre de 2011.

A amostra de docentes e profissionais do serviço foi do tipo não probabilística. O coordenador de cada projeto PRÓ-SAÚDE da Enfermagem foi considerado o informante chave e ele indicava os demais potenciais sujeitos de pesquisa, considerando o envolvimento com os projetos PRÓ-SAÚDE e das experiências em sua trajetória profissional com vivências de integração ensino-serviço na atenção básica à saúde. A distribuição dos sujeitos por IES variou, contudo atendeu a um mínimo de três representantes dos docentes e 2 representantes dos serviços em cada caso.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados e transcritos na íntegra. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - The *Qualitative Data Analysis Software*.

A análise em Estudos de Caso ocorre simultaneamente à coleta e foi orientada pelos processos de Codificação dos Dados para designar conceitos relevantes que respondam aos objetivos e de Estabelecimento de Categorias Analíticas, onde os conceitos são agrupados por similaridade e para a qual são atribuídos significados teóricos (GIL, 2010).

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, foram respeitadas as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde (CNS/MS). O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem e recebeu parecer favorável número 1801/2011.

Para garantir o anonimato dos sujeitos e a preservação da identificação dos casos foram utilizados códigos conforme se especifica a seguir: Grupos Focais – GF1, GF2, GF3, GF4, GF5; Docentes – D1 a D22; Profissionais dos Serviços – PS1 a PS14.

RESULTADOS

Os objetivos delineados nortearam a apresentação dos resultados, por meio da composição de duas categorias gerais: 1. As implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem – fatores contributivos e fatores intervenientes; 2. Relações que se estabelecem nas vivências – um discurso unísono e uma prática dissonante.

Essas categorias gerais se constituem a partir de núcleos de conceitos chaves identificados nos relatos dos sujeitos de pesquisa. Esquemáticamente, para ilustrar a composição das categorias foi elaborada a Figura 6.

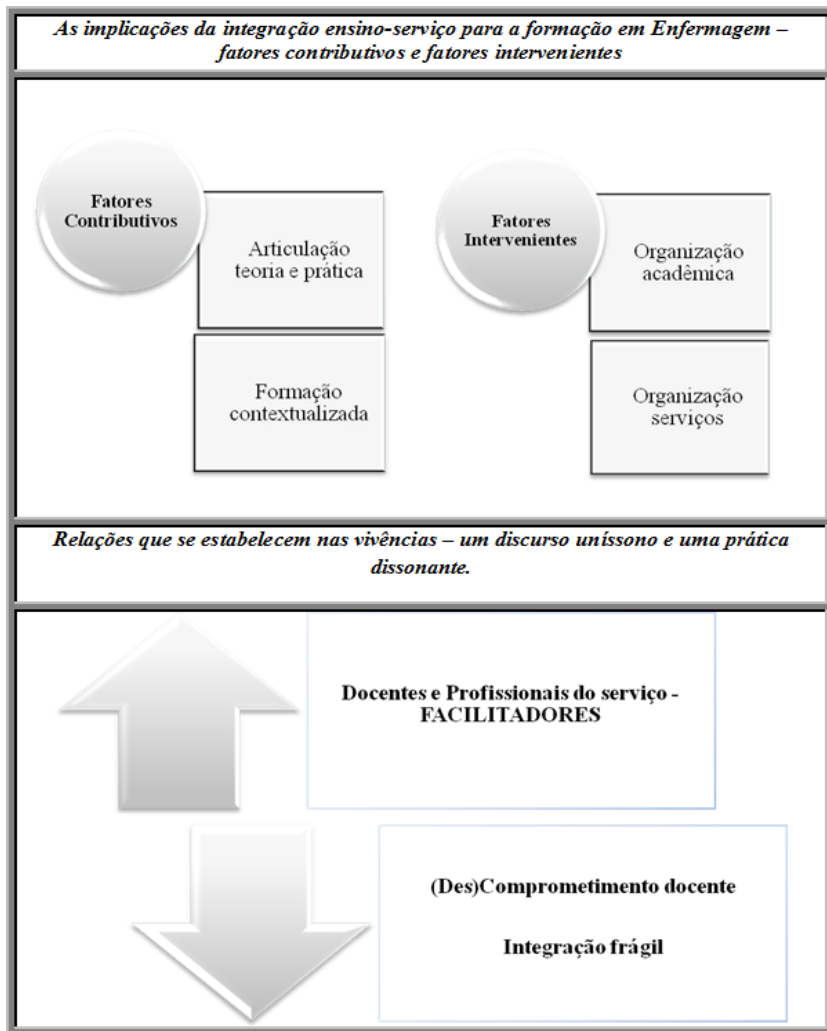


Figura 6: Categorias gerais e subcategorias de análise.

Fonte: BREHMER; RAMOS, 2013.

As implicações da integração ensino-serviço para a formação em Enfermagem – fatores contributivos e fatores intervenientes

As percepções dos alunos, docentes e profissionais dos serviços de atenção à saúde que vivenciaram experiências de integração ensino-

serviço na atenção básica à saúde, convergiram para uma contribuição fundamental, a possibilidade de experimentar o cuidado e o trabalho durante a formação. Este achado pode parecer óbvio, uma vez que o propósito desta estratégia é este, proporcionar ao aluno experiências de aproximação do mundo do cuidado e do trabalho durante o processo de formação. Ou seja, as experiências de integração ensino e serviço estão atingindo seus objetivos nesse sentido.

Contudo, há duas dimensões que ultrapassam esta obviedade, porque se sobressaem ao aspecto da compreensão de uma integração ensino-serviço para aplicar na prática a teoria que se aprendia nas salas de aulas. São elas as dimensões da articulação entre teoria e prática e das vivências contextualizadas, de acordo com as necessidades reais dos serviços de saúde e da população.

A reprodução mecânica da teoria na prática, para alguns sujeitos uma aspiração e para outros uma expectativa, encontra-se cada vez mais obsoleta na percepção dos atores envolvidos na formação. No modelo de ensino em consolidação não há mais espaço para essa forma estéril de planejar e desenvolver as práticas.

Esse avanço pôde ser percebido nos depoimentos de todos os sujeitos deste estudo, os quais relataram suas experiências.

O fato de a gente estar dentro das unidades de saúde desde a primeira fase, já é uma coisa incrível. Você já está ambientado, você sabe como funciona, você sabe o que é. (GF 5).

O cenário que a gente teve na nossa prática, lá sim, que a gente se deparava com as situações... Vivenciava o dia-a-dia de cada unidade, de cada instituição que a gente passou, e, lá sim, aprendia o que a gente tinha, a base do conhecimento da sala, lá a gente tinha um conhecimento maior, mais aprofundado de tal situação. (GF 1).

O aluno ele tem uma capacidade de perceber que o mundo dele não é só aquilo, só a sala de aula. Então, ele começa a perceber que aquelas atitudes, aquelas discussões que ele tem lá na prática onde ele está aquilo começa a ter um impacto um pouco maior. (D 22).

É uma aproximação, eles vivenciam o acolhimento, o serviço, a experiência profissional.

Isso é uma das coisas... Quando eles avaliam eles sentem que essa é outra realidade pra eles, essa aproximação. (D 13).

Eu acho que a partir do momento que tu começa a colocar esses acadêmicos no meio de trabalho mesmo, convivendo com a unidade, com os profissionais, eu acho que a bagagem de conhecimentos é muito grande, eu acredito nisso. (PS 7).

Outro aspecto evidenciado acerca das contribuições da integração ensino-serviço na formação diz respeito à organização adotada pelos cursos para atender as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que orientam para uma formação pautada nas necessidades de saúde e voltada para a atenção das demandas reais do sistema sanitário. Os objetivos acadêmicos têm sido planejados conjuntamente com os serviços de saúde, encurtando as distâncias entre as propostas da academia e a real necessidade de saúde e do processo de trabalho das unidades de saúde.

Portanto, essa forma de desenvolver as práticas se sobressai aos olhares de alunos, docentes e profissionais, pois assumem sentido no cotidiano dos serviços, não são atividades e ações desconectadas da realidade e implementadas apenas para cumprir os requisitos curriculares.

Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas sócio-epidemiológicas como a territorialização, os mapas inteligentes utilizados em sala de situação e os diagnósticos e planejamentos situacionais também se fortaleceram para subsidiar as práticas contextualizadas.

O compromisso da formação em saúde não deve ser firmado apenas com a aprendizagem do sujeito aluno, a formação deve estar comprometida com a resolutividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, com a população.

Com prevenção a gente fez principalmente a parte de educação em saúde na escola com as crianças sobre sexualidade, que ela tava preocupada que tinha uma adolescente grávida na escola, que abandonou o estudo... Essa foi uma preocupação que veio da escola pra gente, no caso a enfermeira queria o vínculo com a escola e essa foi a maneira de conseguir o vínculo... (GF 2).

A gente levantou o diagnóstico e depois a gente sentou com o agente comunitário, com a enfermeira, colocou os problemas que nós teríamos encontrado e ali gerou uma discussão. A gente colocou as nossas ideias e eles nos colocaram... tipo assim... “isso não adianta... já foi feito isso... isso realmente acontece” então ali já mudou o nosso foco. (GF 3).

É bastante complexa essa relação e a lógica de formação não pode ser da cabeça do professor, ela tem que levar em conta a realidade do serviço, isso tem sido bastante considerado. (D 5).

Eu acho que é integrar o aluno no serviço, que ele se perceba quase que parte da equipe e não alguém que vai lá fazer uma atividade como uma coisa mais externa. (D 9).

Eles não vêm com um planejamento, claro que mais ou menos a disciplina direciona. Mas se tem um curso que vem fazer um estágio aqui primeiro eles perguntam o que o serviço precisa, então é bem voltado pra necessidade do serviço. (PS 6).

Na contramão das contribuições os sujeitos ponderaram a respeito de alguns fatores que persistem em limitar os avanços da integração ensino-serviço para a formação em saúde.

Sob este aspecto, o consenso esteve pautado na intersecção entre a organização acadêmica justaposta à organização dos serviços. São limites impostos pela estrutura organizativa dos cursos decorrentes da estrutura curricular, do calendário acadêmico e da disponibilidade de horários, aliados às dinâmicas do processo de trabalho das equipes de saúde que compõem os serviços.

Também tem coisas dentro da universidade que poderiam ser melhores, tipo a matéria poderia ser dois semestres porque em um ficou muito corrido, tem pouco tempo para estudar e sempre sendo atropelado, “ah não vai dar tempo”. (GF 1).

Em relação à questão mais técnica, das disciplinas das fases iniciais que são as bases científicas do nosso conhecimento, eu concordo.

Eu acho que em vários momentos dá uma angustia, parece que tá faltando fundamento científico, as bases do nosso conhecimento estão meio precárias. (GF 5).

Eu acho que os limites ainda são a capacidade de organização das instituições, tem a questão dos cronogramas, a forma como a gente conduz os estágios, a gente tem 2 meses de teoria e 2 meses de prática, eu gostaria que as coisas fossem mais seguidas, um cronograma mais elástico, que eu pudesse dar 2 dias de teoria, mas que eu já fosse participando da prática. Porque a rotina da unidade é uma, ele vai ter que estar tocando serviço, e aí a gente tem que parar, é prova, já acabou o semestre, então não existe continuidade. (D 17).

Um aluno de 6ª não dá pra comparar com um de 8ª, não só pela maturidade do final do curso, mas pelo tempo que ele permanece. O da 6ª já vem mais focado, ele reconhece o território, mas como ele vem só três períodos só, ele tem o planejamento, ele tem tantas atividades, ele tá preocupado com as consultas, com a assistência mesmo, não tem muito esse olhar do todo. (PS 1).

Relações que se estabelecem nas vivências – um discurso uníssono e uma prática dissonante

Quando se processam as vivências de alunos em formação acadêmica nos serviços de saúde sobressai um papel, especificamente, atribuído aos docentes e aos profissionais das equipes de saúde. Esse papel permeou os relatos, esteve presente na percepção destes sujeitos sobre como se configura sua atuação nesse tipo de estratégia do processo formativo. Este papel é o de facilitador, em seu sentido mais do que semântico, docentes e profissionais dos serviços assumem o compromisso de criar oportunidades para experiências e aprendizagens.

Não foi possível extrair outro papel, este parece englobar tudo o que se espera da atuação destes atores e tudo o que eles desempenham em seus trabalhos. Facilitador foi a denominação recorrente nos relatos, como uma palavra de ordem fortemente arraigada na compreensão de todos.

Pode-se dizer que esse modo de conceber o papel do docente e o reconhecimento do papel que os profissionais que acompanham as vivências práticas de alunos exercem na formação é recente. É uma proposta de relação horizontal em contraposição à postura verticalizada da transmissão de conhecimento.

Porque a gente se sentiu realmente participante do processo de formação, a gente não era só aluno, participava. (GF 4).

O ponto de destaque foi o desenvolvimento da consciência e o desenvolvimento crítico de ir buscar as coisas... Para mim foi o pensamento crítico. (GF 1).

A proposta é trabalhar mais com a questão da problematização, de estar fazendo uma troca, o aluno como centro da aprendizagem, ele responsável pela produção do conhecimento dele e tendo ciência desse papel. De como o professor costuma ser o facilitador, mediador, desse processo. (D 16).

Usando um termo, eu acredito que eu seja um facilitador, tu direcionas muitas vezes, porque o acadêmico vem sem ter essa experiência, eles vêm com aquele conhecimento bem teórico, então a gente acaba direcionando. (PS 6).

Em contraposição aos discursos emergiram fortes críticas dos alunos em relação ao papel docente e do profissional dos serviços de saúde e destes mesmos sujeitos que se veem como facilitadores do processo de formação em relação a seus colegas. Dessa forma, os alunos questionam o comprometimento docente e junto aos demais sujeitos do estudo percebem a fragilidade na compreensão do que realmente representa e como se processa na prática a integração ensino-serviço.

Surgiram importantes nuances de um processo em construção com pontos frágeis no âmbito das relações interpessoais e que representam um importante nó crítico para a consolidação da estratégia. Foram evidenciadas a resistência e indiferença por parte de alguns docentes e profissionais dos serviços, especificamente estes por conceberem o acompanhamento de alunos como uma sobrecarga às suas demandas de trabalho. Há ainda a competição por espaço físico nas

unidades de saúde para realização das atividades de docentes e alunos, bem como da assistência e o conflito de prioridades entre as ações tipicamente acadêmicas e da rotina dos serviços de saúde.

É justamente nesse âmbito onde se efetivam as práticas, da ação dos sujeitos corresponsáveis pelos avanços ou pela estagnação e/ou retrocessos da integração ensino-serviço, bem como, da formação em saúde consonante com princípios como a integralidade, a interdisciplinaridade e a qualidade da assistência.

Eu sentia muita resistência dos técnicos em enfermagem com a gente, muita... Eles não dão nem a oportunidade pra ti chegar neles. Com os médicos também, muitos veem a gente como se fosse nada, fosse só mais uma... Como tem outros que são legais... Os enfermeiros, difícil eu ter encontrado algum enfermeiro durante a graduação que me desagradou... Ou eles são legais e te abraçam ou eles não estão nem aí pra ti e estão preocupados com o deles, também não atrapalham. (GF 2).

Tinha enfermeiras que gostavam muito da gente estar lá porque daí a gente provocava os agentes comunitários de saúde ... Agora tinham outros que não gostavam da gente lá. Teve uma que fechou a porta, ela disse que nós não poderíamos usar a sala dela, então tu vê bem claro que ela estava muito incomodada com a nossa presença. A gente não tinha falado nada, mas ela não queria saber de nós. (GF 4).

Os profissionais têm muito essa lógica de que é um serviço a mais pra eles, não é algo que faz parte do processo de trabalho, é “tem mais isso pra fazer”. Então eles não entendem uma pesquisa, que a pesquisa faz parte do cotidiano de trabalho deles... Acho que levou um tempo e acho que ainda tem algumas pessoas que ainda não percebem isso como algo importante, que é para o serviço, não é só pra formação do aluno. (D 9).

Muitos profissionais, quando os alunos vêm, eles barram muita coisa e mesmo o professor... A gente observa que eles poderiam contribuir melhor, às vezes é muito limitado. Isso é uma

coisa que tem que amadurecer porque nem todos os profissionais estão prontos pra amadurecer nesse sentido. A gente tem que entender que aquele estudante amanhã pode vir trabalhar com a gente aqui. (PS 5).

Não foi identificado nenhum tipo de reflexão em relação à postura dos alunos frente a seus compromissos com a aprendizagem, com as instituições, bem como com o social. Tal fato pode denotar a centralidade dos papéis dos docentes e dos profissionais como condutores responsáveis pelo processo, e, a ausência de uma consciência mais crítica do seu papel pelos próprios alunos. O desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem participativo pressupõe corresponsabilização e participação ativa de todos os atores.

DISCUSSÃO

Vivências no processo de formação, em cenários reais do cuidado e do trabalho na saúde, representam, inequivocamente, possibilidades de articulação entre o aprendizado teórico com a prática.

Semelhante aos achados desta pesquisa outros estudos evidenciaram as repercussões das experiências em que os alunos aplicam seus conhecimentos teóricos em situações reais da prática. Esta exerce, igualmente, influência sobre as dinâmicas de ensino-aprendizagem na perspectiva de dirimir a fragmentação e a dissociação entre estes dois âmbitos, o teórico e o prático (LANDIN, BATISTA, SILVA, 2010; MENDES et al., 2012).

Na área da saúde a partir das DCN a formação orientada para o SUS favorece a análise dos aspectos particulares do Sistema e do fazer em saúde neste contexto. Desta forma promove-se a crítica e a reflexão de quais elementos representam avanços e quais necessitam de modificação para consolidar as imagens-objetivos que se pretende atingir com as políticas públicas de saúde. Em aproximadamente duas décadas desde a regulamentação do SUS a situação de saúde no Brasil apresentou importantes transformações, porém seu caráter processual e dinâmico indica um caminho em constante construção. A integração ensino-serviço, no sentido de promover a aproximação dos futuros profissionais de saúde e docentes com os profissionais que efetivam a atenção à saúde no dia a dia dos serviços, torna-se uma estratégia fundamental para afinar os interesses e objetivos da academia com a

expectativa do Sistema (LEMOS, ROCHA, PEIXOTO, 2012; MIECHUANSKI, KLEBA, 2012).

Ao confrontar-se com a realidade, docentes e alunos criam oportunidades de problematizá-la para definir necessidades e priorizar os objetos de aprendizagem (MARIN, 2007). A intervenção na dinâmica social desperta para a lógica do planejamento do trabalho de modo estratégico. Esta postura representa um desafio à docência e a compreensão do aluno acerca da formação a partir da abordagem crítico-reflexiva (VENDRUSCULO et al., 2010).

A compreensão da realidade social, determinante das condições de saúde de uma população e onde se insere os serviços de saúde permite aos alunos um aprendizado coerente com as necessidades concretas das pessoas e do Sistema. Este despertar ocorre desde a academia, ampliando as chances de, ao final da profissionalização, o profissional de saúde pautar sua prática sob esta lógica (PEREIRA; CHAOUCHAR, 2010).

Apesar dessa compreensão estar cada vez mais presente na percepção de todos os atores envolvidos neste movimento existe um tênue limiar entre o *standart* da integração teórico-prático em vivências reais dos serviços de saúde e o risco de reproduzir mecanicamente discursos inertes.

Como alerta, o estudo de Correia et al. (2009) corrobora com as contribuições das experiências práticas para a construção da identidade profissional do aluno, justamente por esse importante papel devem ser cuidadosamente planejadas e desenvolvidas de modo crítico e reflexivo, respeitando a realidade onde estão inseridas.

A formação em Enfermagem e nas demais profissões da saúde inegavelmente está avançando no sentido de oferecer respostas às demandas reais da população em relação às suas necessidades de saúde. Os currículos voltaram-se para favorecer o perfil de um profissional ativo e engajado ao escopo do sistema público de saúde, sobretudo, com a resolutividade dos problemas individuais e coletivos. Para tanto se espera um ensino mais próximo da atenção básica à saúde para contrapor a hegemonia da atenção hospitalar fortemente arraigada na concepção dos atores do processo. Apesar de obstáculos como este, e da complexidade de (re)orientar a formação e a atenção à saúde, os cursos de graduação da área vem demonstrando sintonia com as propostas nesse sentido. Os currículos, os planos políticos pedagógicos e as ações estão sendo pensados e desenvolvidos nesta ótica (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Muito ainda se espera da organização dos serviços em relação a

assumir seu compromisso de corresponsabilidade pela formação profissional conforme estabeleceu a Constituição Federal de 1988. Contudo, as próprias universidades concorrem com os serviços no quesito fragilidade do comprometimento. Conforme os resultados deste estudo demonstraram, a organização acadêmica e dos serviços não priorizam completamente em suas organizações todos os elementos necessários para a formação efetivamente integrada ao Sistema de Saúde. Busca-se maior sensibilização institucional e, além dos momentos de reflexão e avaliação mais presentes nas práticas, é necessário o envolvimento de todos para preencher lacunas desde o planejamento das atividades curriculares até a pactuação bilateral dos objetivos das práticas (GIL et al., 2008).

Os dados apresentados neste estudo demonstraram lacunas, especialmente, na organização de aspectos como a distribuição das cargas horárias de disciplinas gerais e específicas da Enfermagem e da possibilidade de desenvolver as competências nas experiências dos serviços. Todos parecem preocupados ao detectar relativa fragilidade no *corpus* de conhecimento construído ao longo do curso e também relativa insegurança quanto a real articulação entre esses conhecimentos e as experiências práticas. O estudo de Medeiros e Peres (2011) apontou como nó crítico em vivências de alunos na atenção básica à saúde a fragmentação evidenciada entre a articulação das disciplinas com as oportunidades vivenciadas.

Integrar as práticas dos alunos às rotinas dos serviços é um desafio constante, pois depende diretamente de fatores como rotinas das unidades de saúde, horários de aulas e organização curricular. Além de fatores estruturantes dos serviços, como a organização das altas demandas, o que dificulta a participação dos profissionais das equipes de saúde nas atividades da formação também se relaciona a bases conceituais, como as compreensões destes profissionais a respeito do trabalho multiprofissional e interdisciplinar (PIZZINATO et al., 2012).

Em uma pesquisa de Finkler, Ramos e Caetano (2011) os docentes atribuem as dificuldades da integração ensino-serviço à participação insipiente da gestão dos serviços na construção dos currículos, planejamento e desenvolvimento das práticas. As intencionalidades da academia e da rede de atenção à saúde ainda não convergem, os objetivos não são totalmente comuns e, enquanto persistir essa realidade, a integração seguirá se apresentando como uma prática com muitos vieses, apesar dos avanços.

Outro aspecto investigado e evidenciado diz respeito ao modo com se configuram as relações que se estabelecem nas experiências de

integração ensino-serviço. Alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde, convidados a pensar nos papéis destaques do processo, foram uníssonos em um papel-chave, o papel de facilitador.

O docente ou o professor facilitador motiva e orienta as aprendizagens dos estudantes, cria espaços colaborativos e compartilha as responsabilidades. Com esta postura o docente fomenta a manifestação da criatividade e do pensamento crítico do aluno. Os objetivos da aprendizagem e as ações são discutidos e definidos conjuntamente, sob a orientação docente e com a participação ativa dos alunos (ABARCA; BOLTON, 2007).

Em meio a todo o movimento por mudanças na educação e na saúde e das estratégias de apoio institucionais como dos Ministérios da Educação e da Saúde tornou-se um consenso a necessidade de se trabalhar a consciência dos alunos para o aprender durante toda a vida. Para tanto, os docentes e demais coparticipes da formação precisam estar engajados na proposta e oferecer um aprendizado baseado nas trocas de conhecimentos e saberes. As universidades, especificamente os responsáveis por pensar e estruturar os cursos, na área da saúde, estão investindo na oferta de condições para uma atuação docente com perfil didático-pedagógico de facilitador (SCHERER, SCHERER, CARVALHO, 2006; STELLA et al., 2009).

Há um aspecto destaque nas relações da integração ensino-serviço e na postura de facilitador, o diálogo, o exercício da comunicação entre todos atores, constituindo-se como pilar fundamental do ensino e como facilitador do desenvolvimento profissional. Essa interação favorece o desenvolvimento das competências profissionais e de competências pessoais. A interação advém do diálogo, das discussões dos multi e interdisciplinares pontos de vista envolvendo temáticas do cotidiano dos serviços inter-relacionados às expectativas do ensino (DINIZ, AVELAR, 2009; LANDIN, BATISTA, SILVA, 2010). A educação se compõe de uma estrutura didático-pedagógica e de outra estrutura por meio das relações de aprendizagem. Os cenários do ensino e do trabalho são cenários de construção cognitiva e afetiva (CECCIM, 2008).

Ao se buscar em outras investigações aspectos das experiências na formação em integração ensino-serviço, também foi possível identificar o papel de facilitador atribuído aos docentes, bem como, aos profissionais de saúde que recebem alunos nos serviços de atenção à saúde. Segundo as considerações de Backs, et al. (2012) o docente facilitador apresenta-se, na percepção dos alunos, como uma pessoa de referência acolhedora, de saberes técnico-científicos e saberes

relacionados à solidariedade.

Todavia, esse papel, ou melhor, a postura de facilitador em coerência com a metodologia da problematização enfrenta algumas distorções no entendimento, tanto de docentes como de alunos quanto à condução do processo ensino-aprendizagem. Os alunos podem se sentir desamparados quando se veem frente a decisões, pois antes não haviam experimentado tal autonomia durante a formação escolar. O docente pode ser visto como omissos ou como amigo, percepções enviesadas do papel de orientador e motivador (SEMIM; SOUZA; CORRÊA, 2009).

Por experiências que apresentaram aspectos limitadores da compreensão do papel facilitador de docentes e profissionais dos serviços, faz-se premente a educação permanente para que haja espaços constantes de reflexão das ações e, desta forma, a formação de novos profissionais seja realmente embasada em uma construção emancipadora do saber e das práticas, centrada no aluno e nas necessidades de saúde da população e do SUS (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

Essa herança é decorrente da fragmentação do pensamento que persiste em influenciar o ensino em Enfermagem e pode-se inferir que nos demais cursos da área da saúde. Ensinar a aprender e aprender a ensinar em interface à sensibilidade é base para o entendimento e a forma de cuidar do ser humano. Difundir essa prática perpassa a transmissão do conhecimento por meio das vivências dos sujeitos, ativamente levando os alunos ao reconhecimento de si e de suas relações com os outros (TERRA et al., 2007).

As discussões sobre os papéis docentes e dos profissionais dos serviços de saúde precisam ser aprofundadas para consolidar, sobretudo, a corresponsabilidade entre ensino e serviço na formação em saúde. A sensibilização dos sujeitos para seus compromissos requer exercícios constantes, bem como investimento em estratégias de envolvimento entre eles para o pensar e o fazer na educação, na saúde e interface entre estas áreas (BETTANCOURT, 2011; GIL et. al., 2008).

Contudo, há outro ator 'esquecido' pelos resultados desta pesquisa, mas essencial para o sentido real do processo ensino-aprendizagem participativo - os alunos. É preciso consciência sobre o compromisso que os alunos assumem em sua formação profissional. Trazer à tona a participação dos alunos na construção do conhecimento e na condução de sua trajetória de formação é tornar efetivas as premissas do ensino crítico-reflexivo.

Todos os elementos que envolvem os processos de mudanças na formação não são neutros, mas são permeados por debates, lutas entre

posicionamentos e interesses. Também envolvem um caminho de preparação daqueles responsáveis pela implementação dessas mudanças em primeira instância os docentes e os profissionais que atuam na assistência à saúde (MOURÃO; L'ABBATE, 2012). Por isso, ainda são observadas discrepâncias entre o discurso instaurado pela teoria e a prática cotidiana delimitada por condições adversas às transformações pretendidas.

Existem algumas resistências, tanto de docentes como de profissionais, em adotar posturas menos autoritárias, fragmentadas, técnicas e individualizadas de transmissão do conhecimento para viabilizar o verdadeiro sentido da integração ensino-serviço. Como mencionado anteriormente, esse fato deve-se a construção histórica da forma de ensinar e de cuidar da saúde, bem como, ao pouco conhecimento ou clareza dos objetivos das propostas de reorientação da formação e da atenção à saúde (PIZZINATO et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em integração ensino-serviço para a formação em saúde é pensar em oportunizar uma aprendizagem próxima à realidade de saúde das pessoas e do Sistema de saúde e correspondente às necessidades concretas de ambos. Pode-se também pensar na possibilidade de ultrapassar os limites da teoria em ambiente extra-muros das universidades, salas de aulas e laboratórios.

As vivências na prática em experiências nos cenários do cuidado e do trabalho correspondem a uma estratégia potencial para a formação contextualizada e articulada com as demandas sócias e políticas.

São indiscutíveis e inegáveis as contribuições destas experiências e os dados deste estudo confirmaram reflexos como o exercício da relação teoria e prática e o despertar da consciência crítica e reflexiva de uma formação articulada à dinâmica social, à realidade dos serviços e da profissão e em atenção às necessidades dessa interação.

Apesar dessa convicção existem fatores intervenientes em experiências de integração ensino-serviço que precisam estar na pauta de discussão, pois representam limites para o avanço da estratégia. Emergiram da perspectiva de alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde aspectos organizacionais dos cursos e da rotina das instituições de saúde que interferem negativamente para o fortalecimento das experiências.

Outra nuance revelada no estudo surge das relações que se estabelecem do envolvimento dos atores do processo. Nessas interações

todos os sujeitos delinearão um papel chave, o facilitador. Essa figura atribuída à ação dos docentes e dos profissionais dos serviços é correspondente ao papel de orientação, motivação e construção coletiva do conhecimento com a integração de saberes.

Duas questões merecem destaque na análise dos dados empíricos. A primeira é a forma como o discurso sobre as características do papel do facilitador na formação está presente nos relatos e a segunda é a contradição desse discurso evidenciada frequentemente nas experiências.

À formação em saúde ainda pesam as heranças do ensino verticalizado e impositivo e à atenção à saúde os princípios do modelo biomédico. Neste complexo processo em transformação convivem o antigo e o novo, talvez não tão novo, porém não consolidado modelo de processo ensino-aprendizagem crítico e reflexivo e modelo de atenção à saúde em consonância com a organização e os princípios do SUS.

Para a promoção e fortalecimento desse processo de transformação confia-se em estratégias como a educação permanente e constante diálogo inter e intrainstitucional para estabelecer objetivos compartilhados e congregar interesses.

REFERÊNCIAS

ABARCA, C. R.; BOLTON, R. M. Enseñanza centrada en el estudiante. **Revista de Estudios Médico Humanísticos**. Santiago (CH), v. 15, n. 15, 2007. Disponível em: <<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica15/EnsenanzaCentrada.html>>. Acesso: 05 nov. 2012.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BACKES, D. S. et al. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 597-602, jul./set. 2012.

BETTANCOURT, L. et al. O docente de enfermagem nos campos de prática clínica: um enfoque fenomenológico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 5, p. 1197-1204, set./out., 2011.

BRASIL. Relatório Final da VIII Conferencia Nacional de Saúde. Brasília: CNS, 1986. (Mimeo).

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 2.101, de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf> >. Acesso em: 27 nov. 2010.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, RS, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CORREIA, A. A. et al. Necessidades dos Serviços e Exigências da Academia: uma Articulação Possível. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, PB, v. 13, n. 1, p. 07-12, 2009.

DINIZ, S. N.; AVELAR, M. C. Q. A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 8, n. 2, p. 176-173, abr./jun. 2009.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n.

2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, SP, v. 15, n. 39, p. 1053-1067, out./dez. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C. R. R. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008.

LANDIN, S. A.; BATISTA, N. A.; SILVA, G. T. R. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 913-920, nov./dez. 2010.

LEMONS, M.; ROCHA, M. N. D.; PEIXOTO, M. V. S. Estágio de vivência no sus-ba: estratégia de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 36, n. 1, p. 263-269, jan./mar. 2012.

MARIN, M. J. S. et al. Aprendendo com a Prática: Experiência de Estudantes da Famema. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 90-96, 2007.

MEDEIROS, V. C.; PERES, A. M. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, v. 20, n. especial, p. 27-35, 2011.

MENDES, F. M. S. et al. Ver-Sus: Relato de Vivências na Formação de Psicologia. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 174-187, 2012.

MIECHUANSKI, P. C.; KLEBA, M. E. Acadêmicos da Unochapecó na Interação com Sistema Único de Saúde e ESF através do Projeto PRÓ-SAÚDE. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 131-135, 2012.

MOURÃO, L. C.; L'ABBATE, S. Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: uma análise sócio-histórica. **Online Braz. J. Nurs.**, Niteroi, RJ, v. 10, n. 3, 2011.

Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3423>>.

Acesso em: 05 nov. 2012.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 17, n. 2, p. 167-173, 2009.

PEREIRA, W. R.; CHAOUCHAR, S. H. Identificação de novas práticas pedagógicas na percepção dos docentes de um curso de enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 9, n. 1, p. 99-106, 2010.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, Supl. 2, p. 170-177, 2012.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO; A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do

aluno com a profissão. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 14, n. 2, p. 285-291, mar./abr. 2006.

SEMIM, G. M.; SOUZA, M. C. B. M.; CORRÊA, A. K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 30, n.3, p. 484-491, set., 2009.

SILVA, R. P. G; RODRIGUES, R. M. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 66-72, jan./fev. 2010.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1 Supl. 1, p. 63-69, 2009.

TERRA, M. G. et al. Reflexão e interação: uma nova perspectiva para o ensino da enfermagem por meio da aprendizagem vivencial. **Online Braz. J. Nurs.**, Niteroi, RJ, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.581/196>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

VENDRUSCULO, C. et al. A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 1, p. 183-186, mar. 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

6.4 MANUSCRITO 05 - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

EXPERIENCES AND PERCEPTIONS ABOUT THE HEALTH CARE MODEL IN THE NURSING TRAINING

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PARA LA SALUD EN LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias
RAMOS, Flávia Regina Souza

RESUMO: O estudo buscou identificar, em experiências de integração ensino-serviço em atenção básica na formação em Enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais dos serviços. A pesquisa foi delineada como Estudo de Caso, com abordagem qualitativa. Os casos estudados são representados por cinco cursos de graduação em Enfermagem de diferentes Instituições de Ensino Superior do estado de Santa Catarina. Para a obtenção dos dados foram empregadas as técnicas de entrevista e grupo focal. Foram entrevistados vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. Em cada curso de Enfermagem na turma correspondente aos formandos do primeiro semestre do ano de 2011 foi realizado um grupo focal. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - *The Qualitative Data Analysis Software*. Os resultados são apresentados em três categorias analíticas. A primeira “Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde” apresenta a dualidade vivenciada pelos sujeitos em relação ao pensar e o fazer em saúde na atenção básica à saúde. A segunda categoria “Da teoria a prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa nestes dois âmbitos da formação” resgatou as principais considerações acerca das estratégias de ensino-aprendizagem para a consolidação da atenção básica à saúde. A terceira categoria “Interdisciplinaridade... Avanços,

vieses?” debate como esta característica do modelo de atenção se efetiva nos processos formativos. Como processos em construção, sobretudo porque representam rupturas paradigmáticas, o modelo de atenção e a interdisciplinaridade requerem foco contínuo nas discussões acadêmicas e dos serviços de saúde. Discussões para o planejamento e avaliação de ações de integração ensino-serviço, podem gerar reflexos concretos para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais correspondentes as mudanças desejadas.

Palavras-chave: Educação Superior; Modelos de Atenção à Saúde; Atenção Básica à Saúde; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT: The study tried to identify through the experiences of learning-integration in the primary care on nursing education, how the model of health care is expressed in the perception of students, professors and services professionals. This research was designed as a case study with qualitative approach. The studied cases are represented by five undergraduate courses in nursing from different higher education institutions, in the state of Santa Catarina. Techniques of interview and focus group were employed in order to obtain data. Twenty-two teachers and fourteen professionals of the services on primary health care were interviewed. It was possible to conduct a focus group on each nursing course, in the class related to the graduates of the first semester of 2011. Data was organized and categorized with the help of the software ATLAS-ti, The Qualitative Data Analysis Software. The results are presented in three analytical categories. The first one "Hegemony and counter-hegemony: the coexistence of two approaches in health care" shows the duality experienced by the subjects in terms of thinking and doing in health, within the primary health care. The following category "From theory to practice, how the model of health care is expressed in these two areas of training" rescued key considerations about the teaching-learning strategies to the consolidation of health primary care. The third category "Interdisciplinarity... Advances, bias?" debates how this feature of care model becomes effective in the training processes. As processes in construction, mainly because they represent paradigmatic ruptures, the model of care and interdisciplinarity require continued attention in the academic discussions and health services. Discussions for planning and evaluation of teaching-service integration actions may generate concrete consequences for care quality and development of professional skills related to the desired changes.

Key words: Higher education; Health care models; Primary Health Care; Interdisciplinarity.

RESUMEN: Este estudio buscó identificar, en las experiencias de integración enseñanza-servicio en la atención básica durante la formación en enfermería, de que manera se expresa el modelo de atención para la salud en la percepción de los alumnos, docentes y profesionales de los servicios. La investigación fue delineada como un estudio de caso y con un abordaje cualitativo. Los casos estudiados están representados por cinco cursos de graduación en enfermería de diferentes Instituciones de Enseñanza Superior del estado de Santa Catarina. Para la obtención de los datos fueron empleadas las técnicas de entrevista y grupo de enfoque. Fueron entrevistados veintidós docentes y catorce profesionales de los servicios de atención básica para la salud. En cada curso de enfermería una clase correspondiente a los graduandos del primer semestre del año 2011 conformó un grupo de enfoque. Los datos fueron organizados y categorizados con el auxilio del software ATLAS-ti, The *Qualitative Data Analysis Software*. Los resultados son presentados en tres categorías analíticas. La primera “Hegemonía y contrahegemonía: la coexistencia de dos abordajes en la atención de la salud” presenta la dualidad vivida por los sujetos en relación al pensar y al hacer en la salud y en la atención básica para la salud. La segunda categoría “De la teoría a la práctica, cómo se expresa el modelo de atención para la salud en estos dos ámbitos de la formación” rescató las principales consideraciones acerca de las estrategias de la enseñanza-aprendizaje para la consolidación de la atención básica para la salud. La tercera categoría “Interdisciplinaridad... Avances, al bies?”, debate cómo esta característica del modelo de atención se efectiviza en los procesos formativos. Como los procesos en construcción, sobretudo porque representan rupturas paradigmáticas, el modelo de atención y la interdisciplinaridad requieren un enfoque continuo en las discusiones académicas y de los servicios de salud. Las discusiones para el planeamiento y La evaluación de las acciones de integración enseñanza-servicio pueden generar reflejos concretos para la cualidad de la asistencia y para el desarrollo de las habilidades profesionales correspondientes a los cambios deseados.

Palabras Claves: Educación Superior; Modelos de Atención para la Salud; Atención Básica para la Salud; Interdisciplinaridad.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde no Brasil vem sendo constantemente transformado em termos políticos e estruturantes. Resumidamente,

alguns dos marcos histórico deste processo de pouco mais de 20 anos representam a introdução de profundas mudanças na organização da assistência à saúde no país, e de novos elementos para o pensar em saúde e o fazer em saúde. Nestes marcos são considerados, desde o Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988, cujo texto estabeleceu “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, e a criação o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas LOS 8080/90 e 8142/90.

Nesse cenário de mudanças legais, políticas e estruturais do sistema de saúde pública estão imbricados os modelos de atenção à saúde. Autores como Viana e Dal Poz (2005) consideram o próprio SUS como um modelo assistencial que adota a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição da porta de entrada.

Um modelo assistencial pode ser definido como um modo de organizar ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

O SUS fomentou a necessidade de discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes. Sobretudo, evidenciou a urgência de consolidação de um modelo de atenção que conjugasse as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos. Esse modelo deve ultrapassar os limites do modelo antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico que dominava o sistema de saúde (MONKEN; BATISTELLA, 2008).

Para discutir o modelo de atenção esse estudo compreende a complexidade do Sistema atribuída à diversidade de sua abrangência em termos organizativos. Apesar de ser regido unicamente pelos mesmos princípios e diretrizes, a depender de qual nível de atenção ou objetivo de serviço do SUS, sabe-se que o modelo de atenção será influenciado em maior ou menor grau por vieses do modelo clínico de atenção à saúde. Apenas para ilustrar, de forma abstrata e figurativa o SUS organiza seus serviços de atenção à saúde em esferas de atendimento. As esferas são classificadas em níveis hierárquicos primário, secundário e terciário (COHN; ELIAS, 2005).

Desta forma, os objetivos aqui propostos circunscrevem-se no nível primário de atenção do SUS, denominado de Atenção Básica à Saúde. Este nível, segundo a Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, é desenvolvido “com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede

de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2011).

Este mesmo documento considera a adoção dos termos Atenção Básica e Atenção Primária como equivalentes e a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação deste nível de atenção à saúde em todo território brasileiro.

Em relação ao modelo de atenção à saúde, a Atenção Básica congrega fundamentos e diretrizes importantes para a sua reorientação. Dentre estes se destaca o acesso universal, de qualidade e resolutivo, a produção de vínculo com a comunidade e a coordenação da integração do cuidado centrado no usuário (BRASIL, 2011).

Percebe-se que este nível de atenção do SUS constitui um locus privilegiado para que o modelo de atenção à saúde, com base nos fundamentos expostos anteriormente, seja promovido, efetivado nas práticas profissionais e na compreensão dos usuários acerca do cuidado à saúde e do SUS.

Mediante as transformações no setor saúde, desde o arcabouço legal à organização do sistema de saúde, que muitos desafios se apresentam e repercutem em outros setores organizados da sociedade. Considerando as mudanças na saúde e, para superar o modelo de atenção arraigado na prática dos serviços, tornou-se evidente a necessidade de repensar a formação para a saúde, bem como a atualização dos profissionais dos serviços. Muitas iniciativas foram planejadas e implementadas nesse sentido, para fomentar a aproximação entre interesses e objetivos da academia e dos serviços de saúde (SAKAI et al., 2001).

Não é possível reorganizar as práticas de saúde sem interferir na formação e no mundo do trabalho. É nesse espaço que os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, são atores essenciais à qualquer estratégia para transformar a prática (FEUERWERKER, 2006). A formação para a área da saúde precisa ultrapassar a atualização técnico científica e englobar aspectos de “produção de subjetividade, habilidades técnicas e de pensamentos e o adequado conhecimento do SUS” (FEUERWERKER; CECIM, 2004, p. 43).

Nesta integração o modelo de atenção à saúde é construído nos cotidianos da formação e dos serviços, na interface entre os saberes de todos os sujeitos do processo. Portanto, a formação em saúde (re)orientada para a atenção básica à saúde e seu modelo de atenção, se solidariza com as demais estratégias e ações para que o modelo se

fortaleza de modo incorporado ao agir e ao compreender a saúde.

Em meio a toda essa efervescência dos processos formativo e de atenção à saúde, esse estudo buscou conhecer, em experiências de integração ensino-serviço em atenção básica, na formação em Enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais dos serviços.

Trazer à tona esta discussão, por meio de dados que expressam experiências reais da formação em saúde articulada ao modo como o modelo de atenção vem sendo tratado nas dinâmicas de ensino-aprendizagem visa, especialmente, contribuir para a reflexão dos avanços e desafios que se apresentam.

MÉTODOLOGIA

Esse estudo possui caráter qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos do Estudo de Caso. Segundo Yin (2010) nos estudos de caso o desejo do pesquisador é a compreensão em profundidade de um fenômeno social complexo em seu real contexto.

Os casos estudados são representados por 05 (cinco) cursos de graduação em Enfermagem em 05 (cinco) Instituições de Ensino Superior (IES) no estado de Santa Catarina. Estes cursos foram eleitos como cenários deste estudo porque desenvolveram projetos contemplados por editais do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE - entre os anos de 2005 a 2011.

Para a obtenção dos dados utilizou-se duas técnicas, entrevista com roteiro semiestruturados e grupo focal. Foram entrevistados vinte e dois docentes e quatorze profissionais dos serviços de atenção básica a saúde. Em cada curso de Enfermagem na turma correspondente aos formandos do primeiro semestre do ano de 2011 foi realizado um grupo focal, somando, no final, cinco grupos focais realizados.

Para compor a amostra de docentes e a amostra de docentes profissionais do serviço considerou-se o coordenador de cada projeto PRÓ-SAÚDE da Enfermagem como informante chave e responsável pela indicação dos demais sujeitos de pesquisa, utilizando como critério de seleção o envolvimento com os projetos PRÓ-SAÚDE e sua experiência profissional com vivências de integração ensino-serviço na atenção básica à saúde. A amostra foi do tipo não probabilística, de acordo com as características de cada IES, as indicações dos informantes chave e a aceitação/disponibilidade em participar da pesquisa a distribuição dos sujeitos por instituição seguiu uma orientação mínima de três representantes dos docentes e dois

representantes dos serviços em cada caso.

Para a realização dos grupos focais, todos os alunos da respectiva turma de formandos foram convidados a participar e obteve-se uma média de participação de 15 alunos por grupo focal.

Ambas, as técnicas, entrevistas e grupos focais foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - The *Qualitative Data Analysis Software*.

A análise dos dados correspondeu aos processos de Codificação dos Dados onde são definidos os conceitos relevantes que respondem aos objetivos e de Estabelecimento de Categorias Analíticas onde estes conceitos são agrupados por similaridade e atribui-se aos grupos significados teóricos.

Os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Para tanto o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem e recebeu parecer favorável número 1801/2011.

O anonimato dos sujeitos e a identificação dos casos foram preservados, desta forma foram utilizados os seguintes códigos apenas para diferenciar os núcleos de sujeitos: Grupos Focais – GF1, GF2, GF3, GF4, GF5; Docentes – D1 a D22; Profissionais dos Serviços – PS1 a PS14.

RESULTADOS

Em atenção ao objetivo proposto e ao delineamento metodológico este estudo organizou seus resultados em três categorias analíticas que emergiram dos depoimentos dos três núcleos de sujeitos, alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde.

A primeira categoria recebeu o título “Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde”, que sinteticamente apresenta a dualidade vivenciada pelos atores do processo de formação em saúde em relação ao pensar e o fazer em saúde nos serviços de atenção básica à saúde.

A segunda categoria denominada “Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa nestes dois âmbitos da formação” resgatou as principais considerações dos sujeitos corresponsáveis pela formação em Enfermagem acerca das estratégias de ensino-aprendizagem para a consolidação da atenção básica à saúde.

Pode parecer que ambas as categorias sejam expressões de uma mesma dualidade. Contudo, a análise revelou uma sutil diferenciação, qual seja: na primeira categoria os sujeitos denotam com suas falas certo afastamento, avaliando os contextos dos serviços em relação a atenção à saúde prestada transitando entre o modelo clínico e de atenção básica à saúde. Na segunda categoria, os sujeitos retomam seu protagonismo e refletem o quanto a formação também convive com a mesma dualidade enfrentada nos serviços de saúde.

A interdisciplinaridade é considerada uma característica do modelo de atenção básica, da ordem do processo de trabalho, e, em franca promoção nas estratégias de reorientação da formação em saúde. Na forma como esta foi evidenciada pelos sujeitos da pesquisa, constituiu-se a terceira categoria, denominada “Interdisciplinaridade... Avanços, vieses?”.

A seguir buscou-se explorar essas categorias articulando-as com os verbatins que representam as fontes primárias de onde as mesmas foram constituídas.

Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde

Como já se havia assinalado no preâmbulo dos resultados essa categoria buscou representar como os atores do processo de formação em saúde, especificamente em Enfermagem, captam a expressão do modelo de atenção em suas experiências nos serviços de atenção básica à saúde.

A principal evidência relatada pelos sujeitos correspondeu à coexistência de elementos do modelo médico-clínico, fortemente arraigado às práticas de assistência à saúde no SUS. Herança histórica, anterior à configuração do Sistema de Saúde, que por muitos anos norteou os modos de pensar e fazer na saúde e, por consequência, orientou a formação para responder às expectativas da área.

Com maior amplitude de discussão desde o movimento sanitário brasileiro, influenciado pelo movimento em âmbito global iniciado em 1978 pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, passou-se a introduzir nos meios do serviço de saúde e da formação aspectos da atenção à saúde fundamentados na Atenção Primária à Saúde. Nos anos da Reforma era urgente romper com o modelo assistencial médico-privatista, especializado, tecnicista e hospitalocêntrico. Por isso, o modelo do ideário reformista constituía a contra hegemonia e buscava uma atenção à saúde integral, universal e com a participação social.

A partir da Constituição Federal em 1988, o SUS, regulamentado em 1990, tornou possível fortalecer as ações primárias de atenção à saúde representada pelo nível de complexidade da Atenção Básica à Saúde e, mais recentemente, com a Estratégia de Saúde da Família.

Devido à dinamicidade histórica dos fatos, das influências entre passado e futuro e da convivência de estruturas institucionais e de sujeitos que transitam entre dois momentos tão distintos em relação à concepção de saúde e de cuidado, pode-se compreender que em uma mesma realidade ainda convivam os dois modelos de atenção à saúde.

Ainda é aquela correria de estar sempre cheio de gente, demanda reprimida... É muito grande ainda. Quando os profissionais participam (da formação) dá pra ver, são criativos, recebem a gente diferente... (GF 4).

Eu lembro que a gente questionou porque que não tinha grupos de gestante e a enfermeira respondeu que era porque ela não gostava de gestante. É a maior ESF do município, então se nessa não tem grupo de gestante, como ficam os outros? (GF 1).

Tem uma intencionalidade de fortalecer a saúde da família, mas existe esse contraponto, de requisitar mais o que é curativo, do que é específico especializado, de uma Unidade de Pronto Atendimento, por exemplo... (D 20).

Enquanto nesse país existir o modelo privado tão forte como ele é, e o modelo público, os dois juntos impedem o fortalecimento um do outro. Então, eu acho que o grande avanço vai ocorrer quando o entendimento for que o público tem que ser pra todos. O público fortalece o privado e o privado enfraquece o público a todo momento. (PS 2).

Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa nestes dois âmbitos da formação.

Essa categoria se constituiu a partir de discursos que trouxeram à tona os reflexos evidenciados na categoria anterior. Ora, se os serviços de saúde ainda convivem com nuances do modelo médico-clínico e o

modelo nos moldes da atenção básica ainda luta para ultrapassar os limites do processo de reorientação da prática, a formação também experencia tal dualidade.

No ensino, os currículos materializados em conteúdos e, propriamente nas aulas teóricas, estão cada vez mais afinados ao modelo de atenção nos moldes da atenção básica à saúde. As vivências nas unidades de saúde, por esta demanda, também buscam essa aproximação. Contudo, as demandas do cotidiano persistem, em maior evidência, voltadas para o modelo onde se valoriza a técnica e o tratamento.

É dessa forma que alunos, docentes e os profissionais dos serviços percebem o modelo de atenção à saúde quando pensam no processo formativo, uma imagem-objeto bem delineada em termos conceituais. Porém, esta se encontra ao longe, em um caminho tomado por desafios históricos, de gestões institucionais, dos processos de trabalhos dos profissionais com diferentes formações em relação ao tempo e a área. Finalmente, o maior desafio pode ser resumido na postura, compreensão e responsabilidade de todos os agentes de mudanças envolvidos na consolidação desse modelo.

Na teoria foi prevenção, mais na prática foi mais curativo... (GF 1).

Se a gente for ver toda a nossa formação ela é focada da história da determinação social e a gente vai pra realidade e a gente vê que ainda é muito do modelo biomédico, tá nessa transição. (GF 3).

Às vezes na sala de aula a gente fala que o acolhimento da criança é assim, o acompanhamento... Você chega lá e o aluno não vê isso, então fica aquela discordância, não é congruente, a teoria, o que a gente fala em sala é possível aplicar, mas eles duvidam dessa possibilidade. (D 9).

Nós temos na nossa unidade vários alunos e a gente tem discutido muito isso, porque na verdade eles aprendem em sala de aula que o programa saúde da família deve ter um outro olhar, pra família, pra comunidade, para as reais necessidades, trabalhar promoção, prevenção e quando eles chegam no campo e eles veem que a

gente não consegue fazer isso de uma forma tão efetiva e sim que a procura pelo serviço, a procura do profissional médico é muito grande ainda. (PS 14).

“Interdisciplinaridade... Avanços, vieses?”

Um primeiro ponto a esclarecer é a motivação para denominar a categoria em forma de pergunta. Afinal, os dados não evidenciaram a interdisciplinaridade como avanço e/ou como retrocesso de forma afirmativa? Sim. Os dados apontaram experiências na formação onde a interdisciplinaridade, ou melhor, estratégias interdisciplinares constituem foco no desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Então, onde estão caracterizados os vieses? O sentido de viés corresponde ao sentido figurado de tendência. A discussão acerca da interdisciplinaridade é frágil, comumente confundida com multidisciplinaridade e, na maioria das experiências, distante do significado que representa o encontro de diversos saberes, de campos do conhecimento diferentes, para além de um único saber profissional, fragmentado.

Foi possível perceber a intenção de promover a interdisciplinaridade nos cursos de Enfermagem, seja na academia, como nas vivências práticas. Na agenda dos cursos há sempre espaços para atividades intercurso, denominadas de interdisciplinares. Nos serviços de saúde os atores estão, na medida em que surgem oportunidades, atentos para integrar os objetivos da atenção em Enfermagem, por exemplo, com o trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde e com as vivências de alunos e docentes de outros cursos.

Há nos relatos certa ponderação entre o quanto essa compreensão de interdisciplinaridade é um avanço, em um meio até então inóspito à essas iniciativas, e entre os diferentes fatores que dificultam a consolidação dessa prática.

A interrogação se situa na intersecção da ponderação. Ou seja, pode-se considerar um avanço interdisciplinar as experiências pontuais durante a formação, com a promoção de ‘encontros’ entre os diferentes cursos da saúde para troca de experiências. A conformação dessa percepção parte do princípio de que há bem pouco tempo atrás essa aproximação, ainda que pontualmente, não existia, por isso, avançou-se. Por outro lado, o viés está no risco na manutenção dessa percepção, sem discutir a superação dos desafios da interdisciplinaridade, de efetivamente introduzir desde a formação um olhar interdisciplinar.

Das reuniões que nós realizamos com a equipe participaram o médico, dentista... Não é uma coisa muito comum de acontecer, e eles vinham e participavam, ajudavam... (GF 1).

Nos procedimentos, alguns procedimentos que a gente ia fazer com os médicos eles permitiam que a gente participasse, explicavam pra gente o que tava acontecendo. Não são situações muito frequentes, mais em alguns momentos a gente consegue ter essa interação. (GF 4).

Foram muito discretas as ações que foram desenvolvidas dessa forma. Um exemplo, as visitas domiciliares, então foram muito discretas que ocorreram nesse sentido. (D12).

Tem pouca, isso aí tem que avançar. Já teve uma tentativa, em um semestre, de fazer uma integração entre os alunos da enfermagem e da odontologia, mas porque os da odontologia vinham com uma proposta de territorialização também. (PS 1).

Nos cenários onde foram desenvolvidos projetos do PRÓ-SAÚDE outro programa complementar denominado Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde – recebeu *status* de importante indutor da interdisciplinaridade nos cursos de graduação da saúde.

Esta percepção deve-se ao fato que este Programa congrega a participação de tutores acadêmicos, preceptores dos serviços de saúde e alunos de graduação, integrando diferentes profissões com o objetivo de desenvolver pesquisas e atividades de extensão para a qualificação e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde.

Contudo, o PET-Saúde se restringe a alguns alunos, docentes e profissionais dos serviços, pois trata-se de um Programa para o desenvolvimento de projetos por grupos específicos.

Desta forma, se a interdisciplinaridade ganha um sentido mais próximo do real nas experiências do PET-Saúde, existe uma parcela de atores que não vivencia isto e não compartilha tal olhar. Para os alunos que não participam de projetos do PET-Saúde, representa uma perda em relação à oportunidade de desenvolver a interdisciplinaridade como

prática profissional, ainda na formação. Também repercute na restrição de possibilidades para docentes e profissionais em relação à educação permanente, ao desenvolvimento de novas práticas pedagógicas e à produção do conhecimento a partir dos serviços de saúde.

Não cabe somente ao PET-Saúde preencher essa lacuna. O Programa deveria ser um incentivo a mais, em atuação conjunta com o PRÓ-SAÚDE. Todavia, esses Programas deveriam estar respaldados por práticas já consolidadas no trabalho acadêmico de todos os cursos e no trabalho das equipes de saúde.

Então eu acho que o Pet também possibilitou na formação uma experiência. A gente desenvolve pesquisa, é multiprofissional, então geralmente os grupos são formados pelos preceptores que estão lá no serviço e daí eles escolhem 1 ou 2 acadêmicos cada turma, tem acadêmico da enfermagem, serviço social, medicina, farmácia, fisioterapia, psicologia... (GF 4).

O PET, porque a gente faz grupos de alunos de vários cursos e eu estou sentindo que eles estão interagindo com outros profissionais também. Eles se sentem mais a vontade, porque na vivência acadêmica eles interagem, vem fazer trabalhos juntos, pesquisas. (D 9).

Com os alunos do PET sim, interação com todos, nutrição, fonoaudiologia... A gente faz oficinas juntos. O PET está nos ajudando, está tendo essa interação. (PS 10).

Nota-se que embora se destaque na categoria intersetorialidade, o Pet-Saúde se configura como uma oportunidade maximizadora do alcance do PRÓ-SAÚDE. Contudo não abrange em termos de número de envolvidos todos os atores do processo. As experiências do PET-Saúde poderiam ser exemplos para mobilizar outras alternativas construídas de forma independente pelas instituições de ensino e parceria com os serviços, mesmo sem os investimentos ministeriais. Assim, os avanços não seriam apenas em relação às práticas iniciais e pontuais de intersetorialidade, mas compreenderiam outros aspectos em relação a consolidação das propostas de reorientação da formação e da própria Atenção Básica à Saúde.

DISCUSSÃO

Como exaustivamente tem-se divulgado e discutido nos meios de organização do SUS, das políticas públicas para educação em saúde, nas universidades existe, já há algumas décadas, uma premente necessidade de aproximação efetiva e (re) significação da formação de recursos humanos para a saúde. Seguindo a lógica da proposta de organização da atenção à saúde no Brasil, observa-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Atenção Básica à Saúde o nível privilegiado para a substituição do modelo hegemônico da atenção individualizada e clínica para o modelo da atenção coletiva, da promoção e proteção à saúde.

Não se trata de negar um modelo em detrimento de outro, mas, sim de admitir, em contextos atuais, a necessidade de contextualizar as práticas de acordo com a realidade e promover a atitude dos sujeitos no cuidado de si. Dessa forma espera-se da formação e da prática em saúde a valorização da humanização da assistência e de todas as dimensões da vida dos individuais (SANTOS et al., 2010). Há também que considerar-se a complexidade do campo da Saúde Coletiva, onde modelos ou paradigmas coexistem há décadas e, nesse tempo transcorrido, estes redefinem constantemente seus saberes e suas lógicas (LUZ, 2009). Trata-se, sim, de evoluir na discussão da efetividade dos modelos para a atenção às demandas reais de saúde no âmbito da atenção básica à saúde de acordo com seu escopo. E, desta forma avançar em um discurso e uma prática mais afinados entre si.

Como revela a análise dos dados deste estudo, os modelos clínico e da Atenção Básica convivem nos cenários pesquisados, na visão dos sujeitos que vivenciam a formação em Enfermagem e a atenção à saúde. Por meio desta análise surge como ponderação substancial a questão do processo. Como processo de reestruturação de setores como a saúde e educação, em relação a formação para a saúde entende-se a coexistência de características do “velho” e do “novo”. Tal coexistência se deve a inúmeros fatores, como a permanência de atores cujas práticas estão fortemente arraigadas no passado, resistência às mudanças, estruturas organizativas e burocráticas institucionais que dificultam a adoção de novas práticas e a efetivação dos resultados a partir desse novo modo de pensar e fazer em saúde. Estas são apenas algumas possibilidades de justificativas e, certamente existem outras variáveis de acordo com o tempo, os cenários e as experiências.

Quando se fala de atores do processo deve-se incluir como corresponsáveis pelas mudanças os usuários do SUS, especificamente, da Atenção Básica. A busca por atenção curativa e a expectativa por

uma atenção médico-centrado permanece, ainda, na base da compreensão de muitos usuários a respeito do papel e do funcionamento dos serviços de saúde. No estudo de Ogata, Machado e Catoia (2009) apesar de um reconhecimento do trabalho da ESF como diferenciado, os usuários não modificaram seus hábitos no que diz respeito à procura da atenção à saúde somente para consulta médica e baseada na queixa-conduta.

Uma assistência à saúde em consonância com o modelo pretendido depende basicamente da interação entre atuação profissional, gestão pública e usuários. Está na dependência, também, de mudanças sistêmicas que contemplem, por exemplo, a intersectorialidade (VIANA, et al., 2010).

A ênfase na Atenção Básica e na ESF, apesar de movimentos de reconfigurações, esteve presente em todo processo de transformação do SUS e está cada vez mais em foco nas agendas das IES para a formação em saúde. Mesmo com a continuidade desses processos estão sendo agregados à eles outros elementos como a educação permanente para dar respostas às possíveis limitações e avançar na consolidação do “novo” (CASTRO; MACHADO, 2012).

A formação de profissionais com este pensamento é um grande desafio para a prática docente, para a compreensão dos alunos e para a correspondência numa mesma sintonia dos profissionais dos serviços de saúde. As mudanças aqui discutidas são diretamente dependentes da superação de paradigmas, pois as construções feitas rumo às mudanças são movimentos de redefinição de saberes e de práticas (SILVA; SENA, 2008).

A formação em saúde assume importante papel para a consolidação do Sistema de Saúde a partir da introdução de discussões e problematização da relação entre políticas econômicas e sociais e a determinação do processo saúde-doença. Esta prática, aliada à prática pedagógica, contribui para o aprimoramento das ações em saúde correspondentes as necessidade reais da população, por consequência o Sistema consolida-se, também, por conta de estratégias como esta (CHAVES; LARocca; PERES, 2011).

Para Haddad e Zoboli (2010), um SUS concreto depende de um profissional humanizado. Por isto propõem pensar no giro ético do processo de formação de enfermeiros. Para isto as autoras sugerem a inclusão da política Nacional de Humanização (PNH) nos currículos para além do aspecto cognitivo, de forma capaz de dar sentido à teoria. A exemplo deste estudo, cujo objeto foi a PNH, quando se trata de discutir as propostas de programas indutores de reorientação da

formação em saúde como o PRÓ-SAÚDE, emerge a tênue linha que separa a teoria da prática.

Não foi à toa que surgiu da percepção dos sujeitos deste estudo o hiato existente entre a teoria em relação ao modelo de atenção à saúde apreendido na sala de aula e a prática nas unidades de atenção básica à saúde. Foi possível constatar nos relatos o atual domínio teórico vivenciado por alunos, docentes e profissionais em suas trajetórias. Contudo, nestas mesmas experiências persistem limitações impostas pela prática incapazes de superar a dicotomia teoria e prática. Os sujeitos concordaram que na teoria a compreensão do modelo de atenção à saúde pautado da Atenção Básica vem sendo amplamente discutido nas disciplinas teóricas. Por outro lado, eles também concordaram que, ao chegar para as vivências nos cenários do trabalho, a realidade se mostra demasiada contraditória aos princípios para o cuidado e o trabalho, bem como ao estilo de pensamento, aprendidos na teoria.

Muito se encontra acerca de recomendações para transpor as fragilidades do processo de construção do pensar e do fazer na saúde. Porém, duas aparecem como um mantra nos apontamentos de estratégias de superação dos desafios, são a avaliação contínua dos processos e o diálogo frequente e eficaz entre as áreas da educação e da saúde e a sociedade. Como indicam Silva, Souza e Freitas (2011), a formação precisa transcender a técnica e a academia, de modo a servir para a transformação social.

A imagem-objetivo proposta, por vezes, parece distante e até mesmo inalcançável, permeada por conceitos complexos, cujas exigências representam a saída da zona de conforto. Há de se pensar em investimentos na perspectiva da educação permanente para aproximar esta imagem-objetivo da realidade daqueles responsáveis por sua construção. Tem-se demonstrado, em alguns estudos, a sensação de angústia revelada por atores do processo gerada pela falta de conhecimento das propostas. Além do conhecimento conceitual e técnico existe a compreensão e incorporação dos objetivos no cotidiano dos serviços de modo que estes façam real sentido para o processo de trabalho de docentes e profissionais e para o processo de aprendizagem dos alunos (CAMELO, ANGERAMI, 2008; MONTENEGRO, BRITO, 2011).

Se de um lado está a Atenção Básica e seu processo de trabalho real diferente do prescrito, com suas deficiências históricas ligadas às profissões e organizações, de outro está a formação universitária com visão fragmentária expressa pela sua organização em disciplinas. Desta forma, a tensão entre os lados não contribuiu para avançar no processo de mudança.

O SUS alavancou as transformações da formação em saúde, contudo, uma pergunta recorrente é a respeito da aceitação dos cursos para as mudanças paradigmáticas e a disponibilidade para a construção de um novo ensino e de uma nova prática (NOGUEIRA, 2009). Se a resposta for sim, ruma-se à concretização dos objetivos, mesmo considerando-se a impossibilidade de atingi-lo imediatamente. Se a resposta for não, ainda que contra o fluxo da demanda, abre-se a oportunidade para uma discussão consciente, pois houve interesse em ouvir a argumentação das demais partes envolvidas.

Os princípios do modelo de atenção praticado na atenção básica à saúde são vários, se tomar a recente Política Nacional de Atenção Básica estabelecida em 2011 pode-se elencar a integralidade, humanização, equidade, entre outros. Para atender a todas estas e outras prerrogativas a política expõe a interdisciplinaridade como elemento fundamental do processo de trabalho. Justamente, a interdisciplinaridade foi evidenciada pelos sujeitos deste estudo como um dos avanço nas relações multiprofissionais, observado nas experiências do PRÓ-SAÚDE.

A integração de atividades entre cursos da área da saúde e a promoção da interdisciplinaridade são grandes desafios para a organização da lógica e da prática acadêmica. Não obstante, estudos teóricos e/ou empíricos convergem para a importância de oportunizar experiências interdisciplinares durante o processo de formação (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Sem a pretensão de tecer qualquer discussão conceitual cabe, neste momento, destacar que a interdisciplinaridade como objeto do modelo de atenção à saúde neste estudo é tomada como a integração entre saberes e fazeres de diversas disciplinas de áreas do conhecimento distintas. É importante não confundir este conceito com o conceito de multidisciplinaridade. Neste, o grau de interação entre as disciplinas é menor, não há interdependência entre as disciplinas (OLIVEIRA, 2012). Portanto, interpretando-se dos dados que trouxeram à tona a palavra interdisciplinaridade observou-se que o conceito compreendido se aproxima mais da multidisciplinaridade, uma vez que as experiências preservam os limites das disciplinas. Além disso, as experiências interdisciplinares na perspectiva dos sujeitos se configuraram na interação intercursos e/ou interprofissionais. E, desta forma estão aquém do verdadeiro sentido da interdisciplinaridade.

A constatação mencionada não minimiza os efeitos positivos da interação entre alunos, docentes e profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento. Acredita-se sim que as possibilidades de ‘encontros’ entre as diversas áreas são oportunidades concretas de

conhecimento mútuo, reconhecimento entre as profissões e qualificação da atenção à saúde da população.

Algumas estratégias denominadas interdisciplinares estão sendo colocadas em prática pelas IES para fomentar essa nova organização para os cursos da saúde. Os achados deste estudo corroboram com a pesquisa de Souza et al. (2012) em relação a exemplos de iniciativas dos cursos. São ações como a inserção de temas transversais nos currículos, a realização de seminários e discussão de casos clínicos entre acadêmicos de vários cursos e, a adoção de provas únicas e interdisciplinares ao término dos semestres. Todas estas propostas visam promover o olhar interdisciplinar para as questões do cuidado e do trabalho em saúde.

Nestes percursos ainda se enfrentam questões dificultadoras. Como se discutiu a respeito da consolidação do modelo de atenção, a questão da interdisciplinaridade sofre com interferências das macro e das micropolíticas. São fatores relacionados à história da formação profissional, pois, muitos daqueles que hoje estão a frente do processo de formação e atenção à saúde foram formados sob concepções diferentes. É comum ouvir falar de perfil profissional mais ou menos resistentes, mas sabe-se que há determinantes para além de questões subjetivas (ALMEIDA et al., 2012; MEDEIROS et al., 2011).

Foi constada nos resultados deste estudo, a rigidez das organizações acadêmicas e mesmo dos serviços. Os horários de aulas, os calendários acadêmicos e as rotinas impostas pelas demandas espontâneas e programadas acabam por limitar as possibilidades de realização de ações conjuntas entre os cursos da área da saúde, bem como, o planejamento e a avaliação de atividades concernentes à formação acadêmica. Além dos limites da organização, também se enfrenta a falta de postura e atitude pró-interdisciplinaridade, seja por parte dos alunos, ou docentes ou dos próprios profissionais da atenção básica à saúde (LOCH-NECKEL et al., 2012; PIZZINATO et al., 2012).

Como afirma Barreto et.al. (2011), a atenção à saúde a partir da realidade, por si já é interdisciplinar, portanto, deve haver uma pactuação entre os profissionais para integrar e corresponsabilizar a todos pela assistência à saúde e pela aprendizagem dos alunos em formação. A capacidade de transitar por uma ou mais disciplinas se adquire em uma formação diferenciada, mais voltada para a promoção e proteção à saúde, pois são por natureza conteúdos interdisciplinares. Apenas a interface entre as diferentes áreas do conhecimento poderá corresponder adequadamente às demandas da atenção básica à saúde do modo como se deseja (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010).

No rol de ações interministeriais para a reorientação da formação,

Ministérios da Educação e da Saúde propuseram, além do PRÓ-SAÚDE lançado em 2005, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, em 2007. O Programa disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e alunos de graduação dos cursos da área da saúde e visa à qualificação em serviços e a vivências durante o processo de formação profissional de acordo com as necessidades do SUS.

Neste estudo, o PET- Saúde foi considerada uma estratégia propulsora da interdisciplinaridade, além do estreitamento dos vínculos e da corresponsabilização dos diferentes atores com os objetivos da formação e dos serviços. Por suas características os projetos do PET congregam alunos, docentes e profissionais/preceptores dos serviços de atenção básica de diferentes cursos da saúde. Desta forma, a reunião de diferentes personagens para o desenvolvimento de um projeto comum com a integração dos saberes e fazeres justifica essa percepção.

Alguns estudos corroboram com a percepção exposta. A pesquisa de Moraes et al. (2012) considerou o PET-Saúde uma atividade extra curricular relevante para a formação em Enfermagem, pois oferece a todos os envolvidos momentos de reflexão e crítica para delinear o trabalho pautado na integralidade e interdisciplinaridade. O PET preenche um espaço crítica e discussão não contemplada pelos programas curriculares dos cursos, resultado com o qual o presente estudo pôde concordar.

Outra contribuição do PET-Saúde, apontado em alguns estudos e evidenciada nos cenários estudados, é sua ação mobilizadora para atividades de pesquisa e para o desenvolvimento de trabalhos no âmbito da atenção básica á saúde de acordo com a real necessidade da população adstrita. Ensino, pesquisa e extensão estão integrados e articulados com a formação em saúde multidisciplinar, e, configura-se como estímulo à interdisciplinaridade (ARAÚJO et al., 2012; ARRUDA et al., 2012; LEITE et al., 2012).

Programas como o PRÓ-SAÚDE e o PET-Saúde conectam ações para a oferta de oportunidades durante o processo formativo com vistas ao desenvolvimento de profissionais com habilidades para trabalhar na perspectiva abrangente da atenção à saúde (FERRAZ, 2012). Apesar da formação com valorização de competências apenas de caráter técnico permanecer na organização de alguns cursos, em algumas experiências torna-se cada vez mais evidente a necessidade do trabalho socialmente responsável. Da integração ensino-serviço-comunidade emergem os indicativos que sedimentam esta ótica, bem como, configuram-se em elementos constitutivos para a transformação almejadas (TANAKA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema do modelo de atenção à saúde constitui um desafio devido a complexidade e possíveis vieses conceituais que se pode cometer. Este estudo buscou discutir o tema mediante experiências concretas de formação profissional em Enfermagem sob a perspectiva dos atores envolvidos no processo, alunos, docentes e profissionais dos serviços de atenção básica à saúde.

Em tempo, tratou-se aqui do modelo de atenção fundamentado nos preceitos da atenção básica à saúde como nível de atenção primária à saúde no SUS e lóccus privilegiado para a promoção e a proteção à saúde e a interdisciplinaridade. É, especialmente, neste âmbito dos serviços de saúde o cenário onde se processam as transformações paradigmáticas do saber e do fazer em saúde. Busca-se transpor as barreiras da atenção técnica, biológica e curativista para uma atenção que considera outras dimensões do cuidado à saúde e do trabalho em saúde, como o social e o ético, e que reconhece o papel da interlocução entre as diferentes áreas do conhecimento para atingir esse amplo nível de atenção.

Se, o setor saúde passa por esse processo de consolidação de um novo modo de pensar e fazer em saúde espera-se do setor educação uma atenção fundamental durante o processo formativo dos futuros profissionais da saúde para corresponder as demandas e expectativas do Sistema.

A palavra processo parece ser a que melhor traduz as evidências encontradas nos discursos dos sujeitos desta pesquisa. Ela representa uma trajetória em construção onde convivem elementos do modelo 'anterior' com aspectos no 'novo' modelo, ainda incipientes e um pouco frágeis, mas em busca de consolidação.

Com este estudo reafirmou-se que existe uma conjuntura favorável para que o modelo de atenção básica se fortaleça, desde a formação, bem como, que este modelo possa ser vivenciado pelos alunos nas práticas, ou seja, que ele também esteja fortalecido nos próprios serviços de saúde. Tal conjuntura se constitui de diretrizes políticas da saúde e da educação e da atitude dos sujeitos do processo que creem na proposta. Porém, persistem certas resistências em relação às mudanças, em todos os segmentos de sujeitos, alunos, docentes, profissionais e usuários do SUS. Também há limitações estruturais e de organização que não favorecem ações totalmente pautadas na proposta desejada e perpetuam a dicotomia entre teoria e prática.

Como discutido em relação ao modelo como um todo, emergiu uma característica deste modelo pretendido que representa avanços,

contudo, convive com limitações na formação e no cotidiano dos serviços de saúde, trata-se da interdisciplinaridade.

Como processos em construção, sobretudo, porque representam rupturas paradigmáticas, o modelo de atenção e a interdisciplinaridade requerem foco contínuo nas discussões acadêmicas e dos serviços de saúde. Discussões para o planejamento e avaliação de ações de integração ensino e serviço, com reflexos concretos para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais correspondentes as mudanças desejadas. Canais de diálogo permanente entre instituições de ensino e serviços de saúde de modo a integrar efetivamente interesses e objetivos em comum parece ser uma estratégia que ainda requer efetividade, deixar de ser apenas uma recomendação recorrente e tornar-se uma prática comum nas experiências de todos os sujeitos.

Para a formação em Enfermagem, como para as demais na área da saúde, a aproximação do modelo de atenção básica desde o início do curso inegavelmente representa uma possibilidade para que a compreensão deste modelo se concretize e seja exercida na vida profissional. Falta concordância entre a teoria e a prática no sentido de existirem espaços de expressão do modelo de atenção básica nos serviços correspondentes. São necessários investimentos em educação permanente para resignificação das práticas e desta forma reflexos da consolidação da atenção básica serão observados na formação em saúde, na docência e atenção à saúde, conjuntamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do PRÓ-SAÚDE Unifor e seus nove cursos de graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, Supl. 1, p. 119-126, 2012.

ARAÚJO, F. C. et al. O aprender e o orientar na atenção primária: relato de experiência de um semestre de atividades no PET-Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, Supl. 2, p. 164-168, 2012.

ARRUDA, A. E. et al. Formação e pesquisa em saúde: relato de experiência na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio

de Janeiro, v. 36, n.1, Supl. 1, p. 102-110, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/nova_pnab_-_portaria_no_2488_0.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 7, n. 1, p. 45-52, jan./mar. 2008.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CHAVES, M. M. N.; LAROCCA, L. M.; PERES, A. M. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1701-1704, 2011.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil. Políticas e organização dos serviços.** 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

FERRAZ, L. O PET-Saúde e sua interlocução com o PRÓ-SAÚDE a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 166-171, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M; CECCIM, R. B. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro, v.2, 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.

HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

LEITE, M. T. S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 111-118, 2012.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, Supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MEDEIROS, C. S. et al. O Processo de (des)construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, PB, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, 2004. p. 45-76.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 471-478.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín (CO), v. 29, n. 2, p. 238-247, jul./dec. 2011.

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 541-551, nov. 2012.

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

OLIVEIRA, M. A. C. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 01-02, 2012.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 170-177, 2012.

SAKAI, M. H. et al. Recursos Humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. Uel, 2001. p.111-124.

SANTOS, L. M. et al. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 177-184, 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, mar./abr. 2011.

SOUZA, M. C. A. et al. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 158-163, 2012.

TANAKA, E. E. et al. Projeto PET-Saúde: ferramenta de aprendizado na formação profissional em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 136-140, 2012.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 149-60, jan./mar. 2012.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 225-264, 2005.

VIANA, E. M. N. et al. Adequação dos profissionais de saúde ao Programa de Saúde da Família: propostas e conquistas. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 109-117, jan./mar. 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final de um estudo, uma pesquisa, o pesquisador depara-se com o desafio de tecer suas considerações finais acerca dos achados, do alcance de seus objetivos, da confirmação ou refutação de suas hipóteses ou tese. Nesse momento um turbilhão de ideias surge e no momento da escrita parece diluir-se diante da tarefa de expressar algum tipo de conclusão quando tudo aponta para o não concluir.

Não concluir porque há um franco processo em construção, porque este estudo representa dentre, tantos outros, um esforço para consolidação do processo e porque prima-se pela máxima da continuidade dos debates, reflexões e das ações.

Feitas as ressalvas iniciais, é importante sim apresentar aos leitores quais percepções estão mais sedimentadas a respeito do objeto alvo que impulsionou todo o trabalho desenvolvido.

Um estudo de casos múltiplos, não comparativo, requereu cuidados durante o processo de análise para extrair a essência das experiências em respostas aos objetivos. Contudo, faz-se necessário assinalar a permanente consciência das diferenças contextuais de cada cenário. As instituições se diferenciam em relação à natureza, pública e privada, ao tempo de existência dos cursos, a estrutura de recursos humanos, bem como a rede de serviços de atenção básica parceira na integração ensino-serviço. O que se pretende ponderar aqui é o fato de existirem características específicas de cada cenário, intervenientes para os avanços do processo de integração ensino-serviço, da mesma forma, que constituem barreiras para o desenvolvimento dos projetos e consolidação das propostas. Entretanto, analisar as possíveis influências destas características não foi o alvo proposto. Apesar da atenção redobrada para não cometer deslizes analíticos, e considerando os limites do estudo, acredita-se na validade dos achados do estudo, uma vez que foi possível encontrar as aproximações na interface das experiências.

De maneira geral o universo temático que engloba duas áreas do conhecimento, educação e saúde, requereu atenção às delimitações aos âmbitos do ensino e da atenção à saúde. Em processos históricos dinâmicos determinantes do atual cenário, para não cometer deslizes aquém dos fatos, o cuidado permeou a construção do estudo. Contudo, sabe-se da incapacidade de abarcar todos os aspectos aqui relacionados, assim optou-se por cotejar marcos históricos e conceitos relacionados com o escopo em que foram definidos.

A integração ensino-serviço como estratégia pode ser assim concebida pela aproximação de interesses de duas áreas. A educação superior em saúde, especificamente neste estudo, preocupada com as reais demandas do mundo do trabalho e o Sistema de Saúde com a necessidade de absorver profissionais formados em consonância com seus princípios e diretrizes.

Tal estratégia temporalmente não é recente no Brasil, não é exclusiva nesse país, é discutida internacionalmente. Assim, pode-se pensar o quanto foi e continua transitando nas pautas de discussões das partes envolvidas. Há estudos que reportam tais debates, sinalizam os avanços e demonstram a permanente lapidação da estratégia, por meio de iniciativas locais e internacionais, intra e interinstitucionais.

O que parece não mudar é a legitimidade da proposta em relação às contribuições para a formação. As experiências de integração ensino-serviço sempre configuram como componente fundamental para o desenvolvimento profissional devido seu valor em proporcionar aos alunos o conhecimento real e prático de sua profissão.

Percebe-se a evolução quanto à aplicabilidade teórica na prática. A compreensão estéril da relação teoria e prática cada vez mais é substituída pelo entendimento problematizador e contextualizado desta relação.

As relações estão mais estreitas haja visto o fomento ao diálogo, ao vínculo e a articulação de objetivos. Apesar disso, ainda são encontradas referências contrárias, sobretudo dos serviços de saúde com sua percepção de distanciamento da academia. As instituições de ensino também reivindicam seus espaços nos serviços, um espaço compartilhado. Existe um hiato entre os questionamentos dessas partes, um jogo de justificativas que seriam vazias ou “injustificáveis” caso houvesse integração entre elas.

Integrar pressupõe relação, combinação de interesses, possibilidades, trabalho. Requer predisposição estrutural, organizativa e pessoal dos atores do processo. Deveras é um processo complexo, porém possível. Talvez por este fato ao longo da história, após diversas iniciativas nas experiências de integração ensino-serviço, apesar dos avanços, persistam limites.

Inicialmente, quando esse estudo era apenas um projeto na efervescência das leituras, suposições e inseguranças de pesquisador, o PRÓ-SAÚDE como política pública se configurou como o centro da integração ensino-serviço na atualidade. A integração ensino-serviço poderia ser pesquisada em cenários não contemplados pelo Programa, mas naquele momento a proposta do PRÓ-SAÚDE representava uma

fortaleza para o potencial estratégico da integração. Sobretudo, porque evidenciava a Atenção Básica à Saúde, por consequência o seu modelo, portanto, associava ao objeto a confiança neste âmbito da atenção à saúde como promotor de qualidade para o cuidado a saúde. A Atenção Básica tem a capacidade, de acordo com sua concepção ideológica, de deslocar o eixo da atenção, do olhar técnico, biológico e curativo para o pensamento crítico que considera as varias dimensões do processo saúde-doença.

Desta forma, estavam unidos dois polos de interesse considerados essenciais para a formação, em concordância para além das orientações legais, especialmente correspondente às atuais necessidades reais de saúde. Desde a formação profissional seria, ou melhor, é possível adentrar ao mundo do trabalho e do cuidado como ele realmente se configura.

Após as aproximações com as experiências, o PRÓ-SAÚDE não perdeu valor estratégico, porém, percebeu-se o quanto a construção dos processos de integração ensino-serviço é diária, permanente, suscetível às conjunturas políticas, institucionais e interpessoais. O PRÓ-SAÚDE agregou elementos a esse processo em permanente construção, aproximou atores, subsidiou materialmente ações e mobilizou novos esforços pró-mudanças na educação e na saúde. Outros exemplos de iniciativas como o PRÓ-SAÚDE foram relatados neste estudo e todas introduziram propostas para a consolidação da integração ensino-serviço.

Assim, no centro da integração ensino-serviço estão as pessoas responsáveis por concretizar estas experiências. Pode ser representada pelo encontro da formação em saúde com o Sistema de Saúde passando a formar mais um elo nesse encadeamento de objetivos.

Vistas tais considerações percebe-se os motivos para abordar as experiências com os projetos do PRÓ-SAÚDE e as vivências de integração ensino serviço em separado, nos manuscritos 03 e 04.

A análise que se deteve às experiências com os projetos do PRÓ-SAÚDE considerou o papel desempenhado pelo Programa para a formação em Enfermagem, verificou-se que os processos de mudança são anteriores, ocorrem, em alguns casos, mesmo antes da própria LDB e DCN. Originaram-se nos movimentos mobilizados pela categoria profissional e que contribuíram com o atual arcabouço legal.

O novo encontra-se em dois pontos destacados por alunos, docentes e profissionais dos serviços. Um, corresponde ao financiamento proporcionado pelo Programa para investimentos para os cursos e para as unidades de saúde. A questão orçamentária viabilizou a

realização de atividades anteriormente impossibilitadas devido a escassez de recursos. Também proporcionou a adequação material e de infraestrutura para os serviços que recebem alunos e também enfrentam restrições financeiras. Em algumas percepções a questão financeira formalizou o compromisso dos serviços para com a formação. Apesar de compreender este modo de considerar as contribuições do PRÓ-SAUDE, adverte-se apenas para o perigo de reduzir os possíveis impactos à ordem econômica.

Outro destaque foi a respeito do encurtamento das distâncias nas relações entre os atores do ensino e os atores do serviço. O PRÓ-SAUDE prevê a construção conjunta dos projetos, assim, academia e serviços se aproximaram para avaliar a situação da formação e da integração ensino-serviço e propor ações de interesse bilateral.

Porém, persistem limites no desenvolvimento dos processos de ordens organizacional, interinstitucional e burocrática. As configurações da organização acadêmica e da atenção à saúde ainda apresentam entraves que dificultam o total aproveitamento das experiências de integração ensino-serviço. Apesar da promoção de espaços para o encontro entre ensino e serviço por intermédio do PRÓ-SAUDE alguns compromissos não estão sendo assumidos por todos, sobretudo são efetivados na prática. Também em contradição com as contribuições advindas dos recursos financeiros representaram uma dificuldade em relação à administração e aplicação dos recursos de acordo com as expectativas do ensino, bem como, dos serviços.

No plano macro, onde o objeto integração ensino-serviço foi discutido como um todo, no Manuscrito 04, se comprovaram as implicações contributivas desta estratégia para a formação. Os fatores evidenciados corroboram com estudos anteriores e são consonantes com as propostas curriculares vigentes. Emergiram dois aspectos, a articulação teoria e prática e a formação contextualizada. Existe uma complementaridade entre estes dois aspectos uma vez que a efetiva articulação teoria e prática só ocorre se consideradas as características de cada contexto. Durante a formação não deve ser construída uma realidade paralela presa às amarras e limitações teóricas. As experiências pesquisadas tomam como base para o desenvolvimento da formação a realidade dos serviços e sua população, bem como, articula as necessidades do processo ensino-aprendizagem com as demandas reais dos serviços.

Da percepção acerca das implicações da integração ensino-serviço surgiu a consciência do papel que docentes e profissionais dos serviços de saúde envolvidos nas vivências práticas desempenham sobre

as mesmas. Um papel denominado facilitador está presente de forma unívoca em todos os discursos. O sentido atribuído corresponde ao compromisso de proporcionar ao aluno a construção conjunta dos seus conhecimentos, de modo participativo e em relações horizontais.

Por outro lado esse discurso perdeu, em partes, seu sentido quando emergiram críticas, que provavelmente insistem em dominar a postura de alguns sujeitos. Essas críticas se fundamentam em atitudes pouco compreensivas, irresponsáveis e pouco solidárias para com o processo formativo. Estes relatos demonstram uma lacuna em relação a uma compreensão bem sedimentada dos propósitos da integração ensino-serviço e os papéis implicados para que ela se concretize e atinja seus objetivos.

O Manuscrito 05 ateu-se ao modelo de atenção à saúde, circunscrito ao âmbito da Atenção Básica conforme prevê a tese aqui postulada. As percepções acerca deste modelo de atenção transitam na formação tanto nos momentos da teoria quanto na prática. A integração ensino-serviço assume importante papel para consolidação desse modelo, pois proporciona ao aluno as vivências no espaço onde este é construído, o cotidiano dos serviços de saúde, com seus processos de trabalho e seus modos de atenção à saúde.

Esta tese é sim irrefutável, mas ponderações acerca de alguns aspectos limitadores fazem-se necessárias. Ainda coexistem no Sistema de Saúde como um todo e na Atenção Básica dois modelos de atenção à saúde. Um modelo está fundamentado na técnica, na especialização e na atenção curativa, enquanto o modelo preconizado pela Atenção Básica pressupõe uma atenção integral, humanizada e consciente da abrangência dos determinantes do processo saúde-doença.

Processos não admitem mudanças bruscas, radicais e imediatas, se constituem no pensar e no fazer das pessoas. O chamado modelo clínico perdura por fatores históricos, foi o modelo preconizado por muitos anos para o ensino e para a atenção à saúde. Seus reflexos não desaparecerão das práticas, porém verificada a necessidade de se introduzir um novo pensar e fazer contra-hegemônicos institui-se um percurso que requer constante fortalecimento até que o mesmo se consolide.

A interdisciplinaridade se configura como característica da Atenção Básica à Saúde e emergiu da análise dos dados como um avanço no atual contexto da formação na saúde, propriamente na Enfermagem. A segmentação dos cursos e dos profissionais da saúde vem cedendo espaço para atuações compartilhadas, encontros, ainda que em experiências pontuais entre saberes e práticas das profissões da saúde e outras ciências como a sociologia e antropologia.

Esse limite entre a reprodução fragmentada que tende a ser multiprofissional em confusão com a interdisciplinaridade requer atenção nos discursos e nas práticas. A interdisciplinaridade exige flexibilidade desde a organização curricular dos cursos, promoção da educação permanente e disponibilidade para que ela seja implementada.

Superadas as dificuldades iniciais para tecer estas considerações chega-se ao final do estudo e julga-se como exitoso o alcance dos objetivos propostos. A tese do estudo foi confirmada, pois se compreende sim que a integração ensino-serviço congrega elementos potenciais para consolidar a Atenção Básica à Saúde durante o processo de formação em Enfermagem. Acredita-se na potencialidade da estratégia e nos elementos agregadores que podem constituir-la como se configura o PRÓ-SAÚDE. A mobilização de pessoas por meio dessas iniciativas provoca movimentos para a reflexão e ação que interferem no curso dos processos de mudanças e provocam a consolidação das imagens-objetivos pretendidas.

A construção do referencial teórico para este estudo foi um exercício para delimitar um escopo conceitual para orientar a análise sem limitar as possibilidades de agregar outras referências. Durante o processo de análise e construção dos manuscritos o referencial se mostrou além se pertinente, como marco orientador destes momentos, orientou estes momentos imprimindo seus reflexos nas discussões apresentadas.

Algumas inquietações permanecem e outras suscitaram do desenvolvimento deste estudo. Estas podem servir de motivação para novas pesquisas na área da educação em saúde, Enfermagem e saúde coletiva. É possível avaliar impactos para a formação dos programas indutores das mudanças no ensino na saúde? Como os outros projetos do PRÓ-SAÚDE se expressaram em realidades de outras regiões do Brasil, existem diferenças regionais? Qual a percepção dos egressos destes cursos (ou de outros) de Enfermagem sobre sua atual experiência profissional comparativamente à experiência de formação? Quais fatores são motivadores e/ou desmotivam o trabalho docente e na Atenção Básica à Saúde?

Acima estão apenas alguns exemplos dos questionamentos que ainda aguçam o espírito investigativo. Contudo, os resultados deste estudo ancoram suas contribuições sobre os pilares da produção do conhecimento na área da Enfermagem e da educação em saúde com o intuito de fomentar a discussão e reflexão acerca de políticas públicas seus avanços e retrocessos que persistem em lógicas tradicionais do ensino e da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, 356-362, 2008.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 8, n.15, 375-80, 2004.

BARBIERI, F. B. A. **Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde**. 2006. 108f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de integração docente assistencial**. Brasília: MEC, 1981.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao>> Acesso em: 08 abr. 2006.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação Câmara da Educação Superior. **Parecer nº 1.133, de 07 de agosto de 2001**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **NOAS SUS 01**. Norma Operacional de Assistência a Saúde. Brasília: MS, 2001b. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_lei04.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **NOAS SUS 02**. Norma Operacional de Assistência a Saúde. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró Saúde: Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília:

Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p.

_____. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/lei9394.pdf>> Acesso em Acessado em: 24 ago. 2008.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n 3 de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 24 ago. 2008.

_____. **Relatório do I seminário nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II - PRÓ-SAÚDE II e I Encontro nacional dos coordenadores dos projetos selecionados para o Pet-Saúde.** Brasília: Hotel Nacional, 2009. 456 p.

_____. **Portaria Interministerial 2.101 de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília 2005a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>> Acesso em: 27 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/nova_pnab_-_portaria_no_2488_0.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

BREHMER, L. C. F. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas

sobre a atenção à saúde dos usuários. 2007. 86f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR., L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina:. Uel, 2001. p. 27-59.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A, J.; TURINI, B. Controle social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Uel, 2001. p.93-109.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, SP, v.9, n.16, p. 161-171, 2005.

CECCIN, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2,p. 373-383, 2002.

CECCIN, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 1400-1410, 2004.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**. Políticas e organização dos serviços. 6 Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 51-66.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 31-50.

ELLO, G.; FONTANELLA, B.; PIVA DEMARZO, M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, América do Norte, 12, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: MARINS, João José Neves et al. (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

_____. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FEURERWEKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 351-352, 2003.

FEURERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al (Org.). **O trabalho em saúde** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 55-124.

GALLEGUILLOS, T. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, 2001.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa** - um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais : utopias x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. Lisboa, Portugal: Educa, 2002.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção a saúde. **Rev Esc Enferm**

USP, São Paulo, v. 35, n. 32, p. 115-132, 2001.

LOPES NETO, D. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.6, 627-634, 2007.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS JUNIOR, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, SP, v. 1, n. 1, p. 147-156, 1997.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2004. p. 97-108.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho.** Base de dados CEDOC. 2002. Disponível em <<http://www.opas.org/htm/textos>>. Acesso em: 06 mar. 2006.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C. ; SANTOS, F. P. . Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE, 2004. p. 45-76.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade.** 23 Ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 09-29.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPJSV, 2008. p. 471-478.

MOURA, A. et al. SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. especial, 442-453, 2006.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

OLSCHOWSKY, A.; SILVA, G. B. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 32, n.2, 128-137, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.paho.org/english/dd/pin/alma-ata_declaration.htm>. Acesso em: 18 dez. 2010.

PACHECO, José Augusto. **Currículo: teoria e práxis**. Porto, Portugal: Porto Editora, 2001.

PAIM, J. S. Modelos Assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde** – política e reforma sanitária. Salvador: Coopetec/ISC, 2002. p. 367-381.

PEREIRA, J. G., FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 17, n. 2, p. 167-173, 2009.

PINTO, J. B. T; PEPE, A. M. A formação do enfermeiro: contradições e

desafios à prática pedagógica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 1, p. 120-126, 2007.

RABELO, E. H. **Avaliação**: novos tempos, novas práticas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 285-303.

RIBEIRO, J. P. et al. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522005000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2013.

RODRIGUES, P. A Avaliação curricular. In: ESTRELA, A.; NÓVOA, A. (Org.) **Avaliações em educação**: novas perspectivas. Portugal: Editora Porto, 1999. p. 15-76.

SAKAI, M. H. et al. Recursos Humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Uel, 2001. p.111-124.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**. Contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. v.1. São Paulo: Cortez, 2001.

SAUPE, R.; ALVES, E. D. Contribuição à construção de projetos políticos pedagógicos na enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 60-67, 2000.

SOBRINHO, J. D. **Avaliação da educação superior**. Petrópolis: Vozes, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. esp, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2013.

VENTURELLI, J. Os aspectos educacionais na reforma da educação nas profissões da saúde. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.



ADÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO GRUPOS FOCAIS







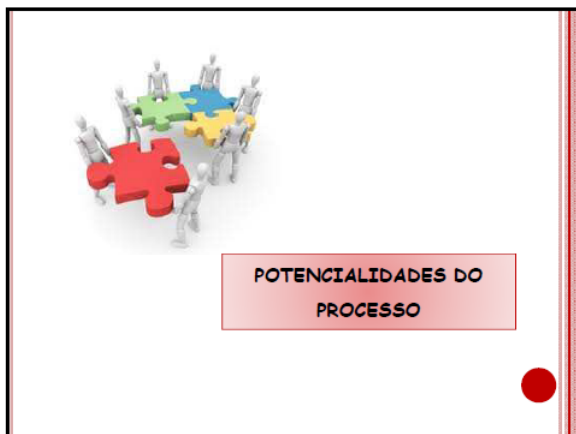
PRO-SAÚDE

Formação Profissional Prática Profissional



**MODELO DE ASSISTENCIA
À SAÚDE**





APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

Caracterização dos sujeitos

Docentes () Representantes do Serviço ()

Formação: _____

Tempo de Formação: _____ Pós Graduação: _____ Nível: _____

Área: _____

Tempo de docência/serviço: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tipo de vínculo com a IES/serviço: _____

Possui outro vínculo de trabalho: _____

Questões norteadoras:

1. Qual a sua avaliação sobre o processo de formação que você acompanha? Observa mudanças? Quais?
2. Qual sua percepção sobre o PRÓ-SAÚDE? Quais as dificuldades e quais avanços você observa nas vivências da prática? (Quais os aspectos positivos e negativos que você detecta, tanto para a formação como para o serviço?)
3. Como você observa a conformação do modelo de atenção à saúde?
4. Como você percebe seu papel no processo de ensino-aprendizagem nas vivências da prática?
5. Como você percebe as relações entre: professor x aluno, professores de diferentes áreas; com a equipe de saúde dos serviços?
6. Qual é o papel da equipe de saúde dos serviços na formação? Como a equipe contribui e como ela pode limitar as mudanças no processo de atenção a saúde?
7. Como você percebe a participação dos diferentes profissionais na formação? (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos, auxiliares, ACS)?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**, Enfermeira e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Enfermeira Dr^a Flávia Regina de Souza Ramos, estou desenvolvendo a pesquisa: “**O PRÓ SAÚDE COMO EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.**”, com o objetivo de analisar experiências do PRÓ SAÚDE em cursos de graduação em Enfermagem em seu potencial estratégico para a consolidação do novo modelo assistencial do SUS.

Este estudo é necessário porque tem por finalidade levantar informações da realidade concreta do processo de formação profissional em correspondência com as exigências do mundo do trabalho e as mudanças do modelo de atenção à saúde do SUS.

Serão realizadas entrevistas e as mesmas serão gravadas em áudio. Os resultados serão posteriormente transcritos, analisados e publicados sob a forma de artigos científicos.

O processo não trará nenhum tipo riscos e desconfortos para os participantes. Está garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu _____,
concordo em colaborar com o trabalho na condição de

informante/sujeito voluntário e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, dos métodos da pesquisa e das condições da minha participação.

Concordo, portanto, com as condições ofertadas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação.

_____, _____ de _____ de 2011.
(Local)

Laura C. F. Brehmer
Pesquisadora responsável
Fone: (48) 30253476

Entrevistado(a)



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1801

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

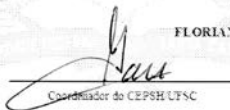
APROVADO

PROCESSO: 1801 **FR:** 402426

TÍTULO: O PRÓ SAÚDE COMO EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

AUTOR: Flávia Regina Souza Ramos, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC