



**FACULDADE MARIA MILZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

DAHIANE LEMOS DE ANDRADE

**AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS
PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES
DE ENSINO SUPERIOR**

**GOVERNADOR MANGABEIRA-BA
2017**

DAHIANE LEMOS DE ANDRADE

**AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS
PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES
DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza, como exigência para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira De Castro
Co-orientadora: Prof.^a Msc. Janelara Bastos de Almeida Silva

**GOVERNADOR MANGABEIRA-BA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação

Andrade, Dahiane Lemos de

A553a Ações interprofissionais: propostas de diretrizes municipais para interinstitucionalização da atenção básica e instituições de ensino superior / Dahiane Lemos de Andrade. – 2017.

106 f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabele Cardoso Vieira De Castro

Co-orientadora: Profa. Ma. Janelara Bastos de Almeida Silva

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Superior. 3. Institucionalização. I. Castro, Isabele Cardoso Vieira De. II. Silva, Janelara Bastos de Almeida. III. Título.

CDD362

DAHIANE LEMOS DE ANDRADE

**Ações interprofissionais: Proposta de diretrizes municipais para
interinstitucionalização da atenção básica e instituições de ensino superior**

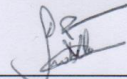
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza (FAMAM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra.

Linhas de Pesquisa: Políticas Públicas, Meio Ambiente e Desenvolvimento

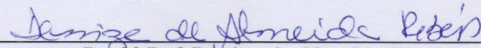
Orientador: Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira de Castro (FAMAM)

Aprovada em: 05 / Agosto / 2017

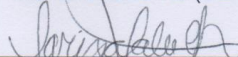
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira de Castro
Presidente da Banca Examinadora (FAMAM)



Prof.^a Dr.^a Denize de Almeida Ribeiro
Membro Externo (UERB)



Prof.^a Dr.^a Larissa Rolim Borges Paluch
Membro Interno (FAMAM)

**GOVERNADOR MANGABEIRA - BA
2017**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Cleuza e Antonio, exemplos de luta, coragem e perseverança. Em especial, a minha querida e amada mãe por me apoiar e acompanhar em todos os momentos.

A minha irmã Kaliane, cunhado Egnaldo e afilhada Giulia por manter sempre o espírito de família, amor e torcida.

A meu marido Esmeraldo Neto, companheiro da vida, pelo apoio e carinho, mesmo muitas vezes não entendendo minha ausência.

À Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira De Castro, pela competente orientação, acolhimento e confiança no trabalho.

À Prof.^a Msc. Janelara Bastos de Almeida Silva, pelo afeto e pela grande contribuição, apesar das inúmeras atribuições do dia a dia.

Aos diretores e coordenadores das Instituições de Ensino Superior e secretários municipais e profissionais das Unidades Básicas de Saúde, por tornarem possível a concretização deste trabalho.

À Coordenação do Mestrado, professores e funcionários, pelos ensinamentos, atenção e carinho com que nos receberam.

À banca examinadora, professoras Larissa Paluch e Denize Ribeiro, pelas valiosas contribuições para o trabalho.

Aos colegas de trabalho, pelos momentos de reflexão e desabafos.

Aos meus amigos, pela compreensão da ausência e apoio na realização desse trabalho.

Aos colegas de mestrado, pela partilha de momentos difíceis e inesquecíveis.

RESUMO

A integração ensino-serviço deve ser estimulada pelo trabalho coletivo e integralizado entre os protagonistas que compõem esse cenário: graduandos, docentes dos cursos da área da saúde, profissionais trabalhadores das equipes multidisciplinares e gestores da saúde e educação, visando o oferecimento de um atendimento individual e coletivo com foco na qualidade da assistência e na formação e capacitação profissional. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre Instituições de Ensino Superior (IES) e Atenção Básica (AB) em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior. Fizeram parte do estudo três IES localizadas no Recôncavo Sul Baiano, que possuem cursos presenciais da área da saúde e as Unidades de Saúde da Família, onde as Faculdades possuem convênio de campo de estágio para os acadêmicos. A coleta de dados foi realizada através de análise documental das Matrizes Curriculares (MC) dos cursos de saúde e entrevista semiestruturada, sendo para esta última utilizada à análise de conteúdo. As entrevistas foram realizadas através de dois modelos distintos, um com roteiro para entrevista com 02 diretores e 09 coordenadores dos cursos da área da saúde e outro modelo para 01 gestor municipal de saúde, 05 coordenadores da AB e 12 coordenadores da Estratégia de Saúde da Família. No geral, os resultados demonstraram que houve predominância do modelo curativista e hospitalocêntrico na construção das MC dos cursos da área da saúde das IES avaliadas. As entrevistas evidenciaram fragilidades no vínculo entre as instituições, sendo o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) citado como o maior elemento de integração. Pode-se concluir que a inter-relação IES-AB ainda não é considerada ideal pelos profissionais atuantes na realidade estudada e que mudanças são necessárias para uma melhor integração entre as mesmas. Tais informações se constituíram a base para a proposição de diretrizes que possam fortalecer as inter-relações profissionais das instituições envolvidas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Educação Superior. Institucionalização.

ABSTRACT

The integration of actions between the public health service and higher education institutions should be stimulated by coordinated multidisciplinary initiatives addressed to their protagonists: undergraduates, professors, public health professionals and public health managers. The aim of this study was to assess the relationship between Higher Education Institutions (HEI) and the primary care of public health sector located in the Municipalities of the Recôncavo Sul Baiano, in order to propose municipal guidelines for the interinstitutionalization between HEI and primary care service. Three HEI located in the Recôncavo Sul Baiano with internship programs in the Family Health Units of the primary care of public health sector were the scenario of this study. The documental analysis of the Curriculum Matrices (CM) of different health courses of the HEI and semi-structured interview with HEI and primary care professionals (deans, coordinators of the undergraduate courses in the health área, public health manager, coordinators of the the primary care service and coordinators of the Family Health Program) were performed. Overall, the results showed that there was a predominance of the curativist and hospital-centered model in the construction of the CM of the undergraduate courses evaluated. The interviews showed a fragile relationship between the institutions. According to the interviews, the internship program was cited as the main element of integration by the professionals from both institutions. Thus, It can be concluded that, for the professional of both institutions, the HEI-Primary Care Service interrelation is still not considered ideal being changes necessary for a better integration between them. Such information was the basis for the proposal of guidelines that could strengthen the professional interrelationships of the institutions involved in this study.

Key words: Primary Health Care (PHC). College Education. Institutionalization.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais das IES localizadas em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, Governador Mangabeira, 2016.	38
Quadro 2 – Caracterização dos profissionais da AB de Municípios do Recôncavo Sul Baiano, Governador Mangabeira, 2016.	39
Quadro 3 – Dados gerais dos cursos de Enfermagem das três IES, Governador Mangabeira, 2016.	45
Quadro 4 – Dados gerais dos cursos de Odontologia das duas IES, Governador Mangabeira, 2016.	47
Quadro 5 – Dados gerais dos cursos de Nutrição das duas IES, Governador Mangabeira, 2016.	48
Quadro 6 – Dados gerais dos cursos de Psicologia das duas IES, Governador Mangabeira, 2016.	49
Quadro 7 – Dados gerais dos cursos de Fisioterapia das duas IES, Governador Mangabeira, 2016.	50
Quadro 8 – Carga horária dispensada aos Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) dos cursos da área da saúde de IES de Municípios do Recôncavo Sul Baiano, Governador Mangabeira, 2016.	51
Figura 1 – Identificação de uma categoria temática principal e duas subcategorias.	52
Figura 2 – Estratégias necessárias para a interinstitucionalização entre AB e IES.	79

LISTA DE ABREVEATURAS

- AB** – ATENÇÃO BÁSICA
- ACS** – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
- APS** – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- CEP** – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
- CES** – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
- CIES** – COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO E SERVIÇO
- CNE** – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
- CNS** – CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
- DAB** – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
- DCN** – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
- DGES** – DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
- ECS** – ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO
- EIP** – EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL
- EPS** – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
- ESB** – ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL
- eSF** – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- eSB** – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
- ESF** – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- FADBA** – FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA
- FAMAM** – FACULDADE MARIA MILZA
- IBGE** – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
- IDA** – INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL
- IES** – INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
- LDB** – LEI DE DIRETRIZES E BASES
- LDBEN** – LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL
- MC** – MATRIZ CURRICULAR
- ME** – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
- MS** – MINISTÉRIO DA SAÚDE
- NASF** – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
- OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
- OPAS** – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

PET-SAÚDE – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

PIP – PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PPP – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

PRÓ-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

PSE – PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

SB – SAÚDE BUCAL

SGTES – SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SIS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCC – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFRB – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO BAIANO

UNI – UMA NOVA INICIATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UNIÃO COM A COMUNIDADE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 INSTITUIÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO	13
2.2 INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NO BRASIL	16
2.3 ATENÇÃO BÁSICA	21
2.4 A INTERDEPENDÊNCIA ENTRE O SISTEMA EDUCACIONAL E O SISTEMA DE SAÚDE	25
2.5 AÇÕES INTERPROFISSIONAIS E PRÁTICAS COLABORATIVAS	29
2.6 LEI DE DIRETRIZES E BASES (LDB)	32
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	36
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4 COLETA DOS DADOS	40
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	42
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
4 RESULTADOS	45
4.1 MATRIZ CURRICULAR	45
4.1.1 DADOS GERAIS DO CURSO DE ENFERMAGEM	45
4.1.2 DADOS GERAIS DO CURSO DE ODONTOLOGIA	47
4.1.3 DADOS GERAIS DO CURSO DE NUTRIÇÃO	48
4.1.4 DADOS GERAIS DO CURSO DE PSICOLOGIA	49
4.1.5 DADOS GERAIS DO CURSO DE FISIOTERAPIA	50
4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO	52
4.2.1 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	53
4.2.1.1 SERIA FUNDAMENTAL “QUE FALÁSSEMOS A MESMA LÍNGUA”	55
4.2.1.2 REFORMAS CURRICULARES COMO POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO IES E AB	61
5 DISCUSSÃO	66
6 DETERMINAÇÃO DAS DIRETRIZES	78
6.1 INTRODUÇÃO	78
6.2 METODOLOGIA UTILIZADA PARA PROPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES	79
6.3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS A PARTIR DOS ENTREVISTADOS	80
6.3.1 QUESTIONADOS SOBRE OS ELEMENTOS QUE CARACTERIZAM A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	80
6.3.2 QUESTIONADOS SOBRE OS DESAFIOS DA RELAÇÃO ENTRE IES E AB	80
6.3.3 QUESTIONADOS SOBRE AS NECESSIDADES DE MUDANÇAS PARA MELHORIAS DA RELAÇÃO ENTRE IES E AB	81

6.4 PROPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES.....	81
6.5 SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	82
7 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES	94
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94
APÊNDICE B – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	97
APÊNDICE C – MODELO DE FICHA PARA ANÁLISE DOCUMENTAL	98
APÊNDICE D – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETORES E COORDENADORES DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE	99
ANEXOS	100
ANEXO A - OFÍCIO PARA AS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES.....	100
ANEXO B – OFÍCIO PARA AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	101
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	102

1 INTRODUÇÃO

As Instituições de Ensino Superior (IES) são diretamente responsáveis pela qualidade da formação de profissionais de diversas áreas. Estas instituições possuem um papel primordial nas discussões sobre a modernização e sobre a adequação do ensino ao modelo de saúde vigente, dando enfoque a qualidade de vida da população e a articulação entre os diversos ramos do conhecimento (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A Atenção Básica (AB) é uma das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) traçada para melhorar a efetividade dos serviços prestados à população, e visa, principalmente, o aumento da cobertura e acesso às ações de saúde. Nesse sentido, sua maior integração com IES pode contribuir para o melhoramento das ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, além de favorecer condições no enfrentamento dos determinantes de saúde através da articulação entre equipes multiprofissionais da área da saúde e da educação.

A interdependência entre o sistema educacional e o sistema de saúde é prevista de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como consta na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, e na Lei 8080/90, no artigo 27 (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). Em complemento, o movimento de mudanças na formação educacional dos profissionais de saúde, identificado através da implementação das DCN, prevê a existência de instituições formadoras com relevância social, visando identificar as reais necessidades de saúde da população brasileira através da aproximação e integração entre o meio acadêmico, o setor da saúde e a comunidade.

Deve-se salientar que as ações interprofissionais e as práticas colaborativas que possam ocorrer entre as IES e AB devem ser baseadas na adoção de estratégias fundamentadas nas diretrizes do SUS, no conceito ampliado de saúde e na utilização de bases metodológicas de ensino-aprendizagem atuais. Por sua vez, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde devem considerar a oferta da atenção integral à saúde da população, o trabalho multidisciplinar e a integração entre o ensino e as demandas dos serviços de saúde (COLLISELLI et al., 2009).

Em adição, diversas mudanças que ocorreram na assistência à saúde estão diretamente relacionadas ao perfil profissional e, conseqüentemente, ao papel

desempenhado pelas instituições de saúde, tanto na formação quanto na assistência em saúde. Dessa forma, para que os profissionais tenham sua formação acadêmica voltada para o atendimento das diversas demandas da população, assim como voltada para a integralidade da assistência, faz-se necessária a junção de esforços das IES com o sistema de saúde, em que sejam valorizadas, principalmente, as relações entre os profissionais, e entre estes e os usuários.

Nessa perspectiva, este trabalho se propôs a estudar a relação das IES com a AB, na perspectiva de contribuir para uma aproximação mais coesa entre estas instituições, facilitando desta forma, as inter-relações dos profissionais atuantes em ambas as instituições em prol de um objetivo comum que é a formação e atuação profissional com foco na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Diante da realidade apresentada acima, a pesquisa buscou responder a seguinte questão norteadora: como se dá a relação das Instituições de Ensino Superior e a Atenção Básica em municípios do Recôncavo Sul Baiano?

Dentro desse contexto, o estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre IES e AB em municípios do Recôncavo Sul Baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior.

Dessa forma, foram traçados os seguintes objetivos específicos: caracterizar as IES e a AB; analisar as matrizes curriculares; caracterizar e analisar o conhecimento dos gestores e profissionais atuantes nas IES e AB acerca dos elementos de integração entre ambas instituições; identificar elementos que caracterizem e favoreçam formas de interação entre as IES e a AB; e elaborar propostas de diretrizes para fortalecer a integração entre as instituições.

Assim, este estudo justificou-se por possibilitar, no âmbito da saúde e do ensino, o fortalecimento de ações fundamentais em relação a maior integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e IES. O produto desse trabalho revela-se um instrumento fundamental para uma aproximação mais coesa, eficiente e eficaz entre instituições de ações diferenciadas, mas que se complementam em teoria e prática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INSTITUIÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO

A origem do termo instituição deriva da palavra, em latim, *instituere*, que significa construir, regulamentar, preparar, fundar ou estabelecer. De uma forma mais geral, o termo designa um estabelecimento, como hospital ou uma escola (LINS; CECÍLIO, 2008).

No contexto das ciências sociais, puras ou nas aplicadas, a palavra instituição é tratada como normas de conduta, ou como algo semelhante à estrutura. Com relação à norma de conduta, refere-se ao processo de internalização de regras e normas de ação, com natureza duradoura e legitimada através do tempo e com ênfase no processo de institucionalização (TATTO, 2005).

Na concepção estratégica, as instituições são percebidas como o resultado intencional e funcional de otimização de ganho por parte dos envolvidos, podendo mudar de natureza após terem desempenhado suas funções. Já para a concepção cultural, as instituições são baseadas em níveis de percepção e em comportamentos rotineiros. Portanto, a instituição deve harmonizar o enfoque de cálculo e de cultura, sendo, assim, considerada como resultado de um conflito em que se mescla a convenção e a cooperação (THÉRET, 2003).

Nessa linha de raciocínio, para a abordagem institucional, não se exclui a possibilidade de existirem organizações orientadas pela lógica da eficiência, com privilégio da parte técnica do processo produtivo. Na abordagem estratégica, a organização é vista como um sistema racional, composto por atividades formalizadas e interdependentes, direcionadas a partir das exigências tecnológicas e ambientais. E, numa abordagem cognitiva, a organização é vista como universo formado por conhecimento e artefatos simbólicos, compartilhados e mobilizados na interação dos indivíduos (FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2002).

Berger e Luckmann (2003) fazem referência às ações que são frequentemente desenvolvidas e repetidas, criando hábitos e podendo ser executadas posteriormente com economia de esforço. Assim, o hábito cria condições para que a ação seja executada futuramente da mesma forma e com menos esforço, fornecendo direção e especialização da atividade, aliviando o

acúmulo de tensões resultantes dos impulsos não dirigidos, sem a necessidade de que cada situação seja definida de novo.

Diante disso, as organizações se transformam em instituições a medida em que vão agregando valores, deixando de representar simples instrumentos, e passando a ser referência de gratificação pessoal e integridade de um grupo social. Portanto, a institucionalização de uma organização reflete sua história, as pessoas que nela trabalharam, os interesses do grupo acolhido e a forma de adaptação ao meio ambiente (TATTO, 2005).

Para compreender uma instituição, é necessário compreender todo o processo histórico em que ela foi produzida. As instituições controlam a conduta humana, estabelecendo padrões de conduta, previamente definidos, que seguem em uma direção e em oposição a outras, que seriam teoricamente possíveis. Este caráter controlador é uma característica inerente da institucionalização (BERGER; LUCKMANN, 2003).

O processo de institucionalização está presente em todas as sociedades, e traz consigo vários graus nos diversos sistemas e subsistemas da vida social, dentro de uma mesma sociedade. Esse processo gera padrões de comportamento institucionais, que regulam o acesso a diferentes posições. Além disso, a institucionalização leva a uma definição de papéis, cujo desempenho remete ao funcionamento das normas (TATTO, 2005).

O processo de institucionalização traz três etapas sequenciais: habitualização, objetificação e sedimentação. A habitualização compreende o estágio de pré-institucionalização, que envolve a geração de novos arranjos organizacionais em resposta a problemas organizacionais específicos. A objetificação representa o principal componente no processo de institucionalização e envolve certo grau de consenso social entre os decisores da organização a respeito do valor da estrutura e sua crescente adoção pelas organizações baseado nesse consenso. A fase da sedimentação, por sua vez, se apoia na perspectiva da continuidade histórica da estrutura, em especial na sua sobrevivência pelas várias gerações dos membros da organização, e se materializa no estágio de institucionalização total (TOLBERT; ZUCKER, 1997).

A concepção institucional renuncia a concepção do ambiente formado apenas por recursos humanos, econômicos e materiais, e ressalta a presença de elementos

culturais, como sistemas de crenças e programas profissionais, símbolos, mitos e valores. Com isso, a concorrência por recursos e clientes entre as organizações é substituída pela concorrência para alcançar a legitimidade institucional e aceitação do ambiente (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

Para Berger e Luckmann (2003), as instituições são resultantes de processos de interação e de interpretação da realidade. Com isso, os indivíduos apreendem os significados e se relacionam com os outros, fornecendo expectativas recíprocas, contemplando contextos sociais vivenciados cotidianamente. A divisão do trabalho e a realização de novas atividades conduzirão a construção de novos hábitos. Com isso, um mundo social estará em processo de construção, caracterizando uma ordem institucional em expansão.

As estruturas formais das organizações parecem incidir como repercussão de normas institucionais e valores num paradigma em que a pressão do ambiente institucional instala-se numa atitude isomórfica em relação às instituições sociais. Assim, o enfoque institucional acredita que as organizações são influenciadas por pressões normativas do Estado e de outros organismos reguladores (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

As pressões ambientais levam a equivalência nas práticas e nas estruturas organizacionais, originando, dessa forma, dois tipos de isomorfismo: o isomorfismo competitivo, oriundo da dinâmica de funcionamento do ambiente técnico; e o isomorfismo institucional, resultante da interferência dos mecanismos coercitivos, normativos e miméticos, que orienta as ações no ambiente institucional (AMARAL FILHO; MACHADO-DA-SILVA, 2006).

As instituições ganham outra característica com a historicidade, que é a objetividade, construída e produzida pelo próprio homem. Essa relação entre o homem e o mundo social é uma relação dialética, em que um atua reciprocamente ao outro. Esse processo é caracterizado pela exteriorização, objetivação e interiorização, sendo necessário o desenvolvimento de mecanismos específicos de controles sociais (BERGER; LUCKMANN, 2003).

Determinadas formas de comportamento social estão mais expostas que outras à avaliação crítica, alteração ou extinção. Isso leva a indicação de que a abordagem institucional, por seu caráter interpretativo, é apta para elucidar a veracidade das coisas que nos cercam, já que a institucionalização é um processo

que pode ser aplicado em qualquer ocasião e em qualquer forma de inovação social que seja arbitrária na sociedade (JESUS; TATTO, 2011).

Neste contexto, a universidade representa uma instituição societária, em que as mudanças acompanham transformações sociais, econômicas e políticas, uma vez que possui a sociedade como seu princípio e referência normativa e valorativa, enquanto a organização tem apenas a si mesma como referência, o que a leva ao caminho da competitividade com outras organizações que possuem os mesmos objetivos particulares (CHAUI, 2003).

Assim, a instituição de saúde, como processo histórico de construção social, tem como objetivo a produção em saúde através da prática dos profissionais que atuam nos seus locais de trabalho. A institucionalização da avaliação em saúde deve ter como proposta a construção de uma nova prática com o intuito de provocar transformações no ato do fazer saúde atual, e não apenas como método de avaliação (LINS; CECÍLIO, 2008).

Já a universidade é considerada uma instituição social, que descreve a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade de uma forma geral. Divisões e contradições da sociedade são expressas no interior da instituição universitária, através de atitudes, opiniões e projetos conflitantes. Essa relação entre universidade e sociedade confere a designação de instituição social à universidade pública, que lhe confere autonomia e estruturação baseada em normas, regras, ordenamentos, valores de reconhecimento e legitimidade internos a ela (CHAUI, 2003).

Buscando a superação das bipartições tradicionais inerentes entre organizações e instituições, a abordagem institucional questiona como e onde surgem as leis que governam as organizações, pressupondo que as organizações têm propósitos claros, e avançam através de formas mais eficientes e adaptativas. Com isso, a abordagem institucional demanda por clarificar os fenômenos organizacionais através do entendimento e da interpretação da construção social da realidade organizacional (JESUS; TATTO, 2011).

2.2 INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NO BRASIL

O Ensino Superior, no Brasil, foi iniciado com a chegada da Família Real Portuguesa, no ano de 1808. Nesse período, foram abertas as três primeiras instituições brasileiras: a de Cirurgia e Anatomia da Bahia (hoje, Faculdade de

Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia), a de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro (hoje, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e a Academia de Guarda da Marinha, também localizada no Rio de Janeiro (DURHAM, 2003).

A primeira universidade brasileira foi fundada em 1920, no Rio de Janeiro, a Universidade do Rio de Janeiro, fruto da junção das faculdades federais de Engenharia, Medicina e Direito. Um pouco depois, foi utilizada a mesma estratégia de aglutinação para organização de outra universidade, em Minas Gerais, no ano de 1927 (CUNHA, 2000). Tal período foi marcado pela expansão da urbanização e industrialização, que atingiu o setor educacional, levando a profundas reformas em todos os níveis de ensino. A proposta era reformar todo o sistema de ensino superior, substituindo as escolas autônomas por grandes universidades, com o desenvolvimento das ciências básicas, da pesquisa e da formação profissional (DURHAM, 2003).

Ainda na década de 1920, na área da saúde, surge a necessidade de uma formação profissional baseada no estado de saúde e no perfil epidemiológico, para contemplar as reais necessidades advindas da população brasileira. Nesse período, o número de cursos e profissões da área da saúde era notoriamente incipiente, mas teve uma expansão quantitativa significativa somente no final do século passado (CECCIM; CARVALHO, 2006).

A reforma educacional foi apropriada e reformulada pelo Governo Vargas, que se instalou em 1930, quando se instituíram as universidades em substituição das escolas autônomas, e quando ficou definido o formato de criação das instituições no Brasil. Nessa época, os cursos eram organizados por carreira, cada um sob a responsabilidade de uma faculdade, que decidia sobre o ingresso dos alunos (DURHAM, 2003).

No governo do Presidente Getúlio Vargas (1930–1945), também foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Em 1931, foi aprovado o Estatuto das Universidades Brasileiras, que vigorou até 1961, quando ficou definido que a universidade poderia ser pública (federal, estadual ou municipal) ou particular, e que seriam ligadas por meio de uma reitoria, por vínculos administrativos, porém mantendo sua autonomia jurídica (SOARES et al., 2002).

O decreto nº 19.851, de 1931, instituiu o Regime Universitário no Brasil e se constituiu o Estatuto das Universidades Brasileiras (ROMANELLI, 2006). O período compreendido entre 1931 e 1945 foi marcado por intensas disputas entre lideranças laicas e católicas pelo controle da educação. O Governo ofereceu à Igreja a introdução do ensino religioso facultativo no ciclo básico, e, em troca, recebia apoio ao novo regime. Contudo, a Igreja Católica possuía objetivos maiores do que a inserção do ensino religioso no ciclo básico, o que a levou a criar suas próprias universidades na década seguinte (MARTINS, 2002).

No período pós-guerra, que vai de 1945 até o Regime Militar de 1964, houve a formação de uma rede de universidades federais, a criação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (a primeira universidade católica brasileira), a expansão do sistema universitário estadual paulista e o surgimento de instituições estaduais e municipais menores em todas as regiões do país (DURHAM, 2003).

Após quatorze anos de tramitação no Congresso Nacional, em 1961, foi promulgada a Lei 4.024, primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB). Essa Lei manteve a preocupação com o ensino, sem foco no desenvolvimento da pesquisa, e concedeu maior autoridade ao Conselho Federal de Educação para autorizar e fiscalizar novos cursos de graduação e deliberar sobre o currículo mínimo de cada curso superior (SOARES et al., 2002).

Durante o Regime Militar (1964-1980), ocorreram diversos conflitos entre o movimento estudantil e o Governo Militar. O Governo promoveu uma reforma do ensino superior, em que a cátedra foi substituída por departamentos. Foi introduzido o sistema de créditos e foi proposto um ciclo básico anterior à formação profissional, com o intuito de oferecer aos estudantes uma formação geral mais sólida (DURHAM, 2003).

Na década de 1970, observou-se uma relativa aceleração da atividade econômica nacional, e este episódio é conhecido, na história, por “Milagre Econômico”. No entanto, aumentou-se também a demanda pelo ensino superior através do aumento dos recursos federais e do orçamento destinado à educação, associado ao crescimento das camadas médias e às oportunidades de trabalho no setor mais moderno da economia e da burocracia estatal (SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

Em 1971, as condições para o ingresso na Universidade, através de concurso vestibular, foram fixadas pelo Decreto nº 68.908, e regulamentadas por portarias ministeriais (ROMANELLI, 2006). A partir de 1980, houve uma redução progressiva da demanda para o ensino superior, atribuída a uma grande evasão dos alunos do 2º grau e a inadequação das universidades às novas exigências do mercado. Em busca da estabilidade e do aumento da clientela, a interiorização do ensino superior se intensificou através da criação de facilidades (MARTINS, 2002).

Ainda na década de 1980, no setor saúde, surgiram novas ideias e críticas aos modelos assistenciais, profissionais, de desenvolvimentos sociais e educacionais. Com isso, emanaram-se novas formas de integrar ensino ao serviço, em que a aprendizagem em hospitais, por si só, não era suficiente para atender as reais demandas da saúde no Brasil, implicando, assim, no reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência à população brasileira, e na posterior inserção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, a integração docente-assistencial deixa clara a necessidade da interseção ensino-serviço como forma de expandir os programas de residência em todas as áreas profissionais (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Neste contexto histórico, ainda foram criadas algumas faculdades privadas em cidades de pequeno porte, no interior dos estados mais desenvolvidos, em decorrência da necessidade do aumento de vagas no ensino superior. Com isso, um número expressivo de alunos do ensino médio matriculou-se em instituições isoladas de ensino superior, apresentando, na época, um percentual de 86% das matrículas em faculdades privadas (SOARES et al., 2002).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, iniciaram-se os debates em torno da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). A Constituição traz, em seus artigos, o dever do Estado de garantir a indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão ao nível universitário, bem como a autonomia didático-científica, financeira, patrimonial e administrativa das universidades (BRASIL, 1988).

Já em 1996, a votação da nova LDB, sob o nº 9.394/96, definiu a posição das universidades no sistema de ensino superior, exigindo a associação entre ensino e pesquisa. A produção científica comprovada tornou-se condição necessária para credenciamento e recredenciamento. Ainda na década de 1990, observa-se um

aumento significativo do percentual de docentes com titulação de Mestre ou Doutor, como consequência das políticas iniciadas nas décadas de 1960 e 1970, com a criação da CAPES e do CNPq (DURHAM, 2003).

A nova LDB também determinou que, para que uma instituição fosse considerada universidade, ela deveria gozar de autonomia para abrir e fechar cursos, planejar atividades, estabelecer número de vagas, entre outras funções. Além disso, deveria ter, pelo menos, um terço do seu corpo docente com titulação de mestre ou doutor, bem como um terço do seu corpo docente contratado em tempo integral (SOARES et al., 2002).

Em 2001, o Ministério da Educação (ME) e o Conselho Nacional de Educação (CNE) estabeleceram orientações para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, através do parecer CNE/CES 583/2001. Essas diretrizes deveriam assegurar às IES flexibilidade na composição de carga horária, além de incentivar a formação generalista, estimular a autonomia do aluno, fortalecer a articulação entre teoria e prática, indicar os campos de estudo que comporão os currículos e evitar a extensão desnecessária dos cursos (BRASIL, 2001a). Tais diretrizes também deveriam estar de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária, considerando as reais necessidades sociais da população, a articulação entre saúde e educação, humanização, prevenção e promoção da saúde, qualidade da comunicação entre equipe e comunidade, entre outros aspectos (CECCIM; CARVALHO, 2006).

A mobilização do setor saúde em prol da definição das DCN estava atrelada à preocupação com a consolidação do SUS, além do esforço em romper com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, contemplando os novos desafios na produção de conhecimentos e das profissões (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Apesar das propostas presentes no Plano Político Pedagógico (PPP) dos cursos da área da saúde para formação para o SUS, observa-se uma força contrária, centrada no tecnicismo e na biologia dos conteúdos, como se fossemos únicos conteúdos significativos e válidos para a formação. A partir das mudanças curriculares e pedagógicas, tenta-se um rompimento dessa lógica, contudo o ensino crítico ainda precisa enfrentar um longo caminho para alcançar impacto significativo na prática (ERDMANN et al, 2009).

Diante do contexto, todas as universidades e outras instituições formadoras continuam sendo incentivadas, e até pressionadas, para que ocorra uma mudança na forma como a universidade se relaciona com a sociedade, assim como dirige o processo de formação profissional. Essas mudanças da educação dos profissionais de saúde, com as DCN e as diretrizes do SUS, apontam a necessidade de criação de instituições com relevância social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com isso, a formação de futuros profissionais da área da saúde é influenciada por fatores sócio-político-econômicos. Os Ministérios da Saúde e Educação vêm estimulando o envolvimento dos estudantes em assuntos sociais, como possibilidade de resposta às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na prestação dos serviços do SUS e na produção do conhecimento (ERDMANN et al., 2009).

2.3 ATENÇÃO BÁSICA

O desenvolvimento e a consolidação do SUS são provenientes da participação popular na Reforma Sanitária, claramente expressos no texto da Constituição Federal Brasileira de 1988, e que garantem a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além disso, preconizam o acesso universal e igualitário, em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir da descentralização, da integralidade e controle social (BRASIL, 2012b).

A Constituição Federal estabelece, assim, que as ações e os serviços de saúde sejam organizados pelo SUS, pautados por diretrizes que devem embasar uma rede integrada e norteadora das políticas públicas de saúde. Além do princípio da integralidade, a assistência à saúde, no Brasil, deve ser universal, e deve ser baseada nos princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1988).

Como alternativa para enfrentar os problemas na implantação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), determinando a família como foco das ações de saúde. Tal iniciativa se tornou muito importante para reorganização dos serviços de saúde no Brasil, que começou a priorizar a atenção primária, a integralização das ações e a descentralização para atender as reais necessidades da população e a reflexão de problemas concretos (SANTOS et al., 2000).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem, por finalidade, a expansão e a consolidação da APS. O Ministério da Saúde (MS), gestores municipais e estaduais devem traçar conjuntos de ações e serviços focados nas necessidades de saúde da população, desenvolvendo um vínculo entre trabalhadores da saúde e usuários do sistema, com maior potencial de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da AB (BRASIL, 2012a).

O termo AB é pouco usado na literatura mundial. O conceito usual é “Atenção Primária à Saúde”, estabelecido no pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga União Soviética, onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, e afirmaram compromisso com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, dando origem a Declaração de Alma-Ata (SOUSA; HAMANN, 2009).

A AB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, focadas na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, além da manutenção da saúde. Tem o objetivo de atender integralmente a população, visando impactar na situação de saúde e favorecer a autonomia dos envolvidos, contemplando, inclusive, determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012).

Em 2012, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi lançada para incorporar a flexibilidade da carga horária dos médicos nas Equipes de Saúde da Família (eSF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), das equipes de Saúde da Família ribeirinhas e das unidades de saúde fluviais, assim como a presença de profissionais de saúde bucal nas equipes, além de, também, regulamentar os Consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE). Acrescentou, inclusive, a recomendação de que o número de pessoas por equipe de saúde da família, em populações de maior vulnerabilidade, seja menor que as demais, devido às suas demandas específicas (FONTENELLE, 2012).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para favorecer o cuidado integral, direcionando-o para as necessidades da população, e tendo como porta de entrada a AB, contando com uma equipe multidisciplinar e dando cobertura a toda a população adscrita. Além disso, possui ações e serviços de saúde com diferentes finalidades, que devem atuar de forma articulada e complementar, tendo como base o território (BRASIL, 2012).

A APS, na perspectiva das RAS, tem a função de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, além de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS, e da responsabilização pela saúde da população adstrita às equipes da ESF. Assim, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, em que o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, com distintas densidades tecnológicas (MENDES, 2015).

Mesmo diante da percepção de que a APS tem o diferencial de englobar as necessidades do indivíduo em sua totalidade, a formação dos profissionais atuantes nessa esfera ainda é pautada na disciplinaridade. Com isso, essa dicotomia entre a identificação da importância da mudança e sua operacionalização traz consigo a possibilidade de problemas na formação dos profissionais com ênfase nos princípios do SUS, dificultando a articulação com outros profissionais e a intersectorialidade na saúde (MORETTI-PIRES, 2009).

Alguns dos entraves na organização da APS podem estar associados a realidade do município, ou, mais especificamente, a equipe de saúde. Diante disso, faz-se necessária a criação de estratégias que visem superar a cultura da sociedade e das instituições formadoras, bem como da fragmentação da oferta de ações e serviços de forma prioritária para que as necessidades de saúde sejam atendidas (LAVRAS, 2011).

Assim, um dos principais desafios para a qualidade do atendimento nos serviços de atenção à saúde é a qualificação/capacitação do profissional de saúde. Outros fatores também são fundamentais, inclusive, para que a qualidade dos serviços esteja aliada a satisfação do profissional, como contratos de trabalho com garantia de estabilidade, aumentos de salário, melhoria na infraestrutura das unidades e melhorias nas condições de trabalho desses profissionais (COTTA et al., 2006).

Alguns dispositivos de intervenção são utilizados por equipes de saúde da família nos diferentes contextos em que estão inseridas. Estes dispositivos são considerados mecanismos de atuação nos diversos níveis do processo saúde-doença, e possuem o objetivo de alcançar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. Os principais dispositivos são a visita domiciliar, reunião de equipe e técnica, grupo educativo, atendimento à demanda

espontânea, consulta médica ou de enfermagem e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (PEREIRA et al., 2009).

Em busca de estratégias de organização e melhoria dos serviços, o PSE surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de contribuir para a formação de estudantes da rede básica no tocante à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Entre as ações, encontram-se: a avaliação clínica e psicossocial, a alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e a atividade física nas escolas, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e o desenvolvimento sustentável, ea educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais de educação e de saúde (BRASIL, 2012).

Portanto, a articulação intersetorial entre os profissionais da saúde, educação e demais redes sociais é fundamental para priorização de práticas permanentes de promoção da saúde, prevenção de agravos e detecção precoce de doenças no ambiente escolar. Também revela-se essencial o conhecimento da realidade local pelos profissionais envolvidos, buscando desenvolver ações integradas, apoiadas nos saberes da população para melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de ampliar a abrangência e as ações da APS e consolidar a ESF, o MS criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, e sua composição varia em função da população do município no qual estão alocados. Entre os seus profissionais, estão: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2008).

A criação do NASF reforça a ideia de reformulação dos arranjos gerenciais e dos processos de trabalho em saúde, funcionando como equipe de apoio matricial para fortalecimento das equipes de referência. Assume, portanto, a função de apoiar a ESF, ampliar a abrangência, a territorialização, a resolutividade e a regionalização

das ações em saúde, através de suporte assistencial e técnico-pedagógico (MOURA; LUZIO, 2014).

Foi criado também o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), que possui, como diretriz principal, o estímulo à mudança do processo de trabalho na APS. As equipes deverão realizar uma autoavaliação e monitorar indicadores de saúde, passando também por educação permanente e recebendo apoio institucional (FONTENELLE, 2012).

Assim, a melhoria do acesso e da qualidade da AB relaciona-se com a participação efetiva dos trabalhadores da saúde na implementação de mudanças que envolvem situações complexas e desafiadoras, visando fortalecimento dos processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo. A avaliação é considerada um importante instrumento de mudança, sendo vista como incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (LOPES; SCHERER; COSTA, 2015).

Em face às mudanças ocorridas ao longo dos anos, com a implantação de alguns programas que buscam a melhoria da assistência aos usuários e a inovação do sistema de informação em saúde, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que, segundo o MS, é uma estratégia que deslumbra a possibilidade de reestruturação com garantia de integração entre os sistemas de informação em saúde, utilizando o cadastro individualizado dos cidadãos com base no Cartão Nacional de Saúde (CNS), e contribuindo para o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

2.4 A INTERDEPENDÊNCIA ENTRE O SISTEMA EDUCACIONAL E O SISTEMA DE SAÚDE

A integração ensino-serviço é caracterizada pela articulação de estudantes, professores dos cursos de formação na área da saúde, profissionais atuantes nas equipes dos serviços de saúde e gestores. Esta integração objetiva oferecer um atendimento baseado na qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, na

qualidade da formação profissional e na satisfação desses profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Apesar do SUS representar um substancial setor empregatício para os profissionais da saúde, no que se refere aos serviços públicos e contratados, essa realidade ainda não tem impactado no ensino dos cursos da área da saúde. Esse fato tem implicações diretas na desarticulação das políticas ministeriais da educação e da saúde, o que desfavorece o elo ideal entre a formação dos profissionais da saúde e as reais necessidades da população (CAMPOS et al., 2001).

Diante disso, revela-se nítida a relação de interdependência entre o sistema educacional e o sistema de saúde, que deve ser considerada na busca da reorganização do processo de trabalho em saúde, cujo enfoque principal deve ser as necessidades e demandas de saúde dos usuários do SUS. Essa integração é vista como uma soma de fatores e ajustes recíprocos entre instituição de ensino e serviço de saúde, de forma a organizar e desenvolver atividades e projetos articulados de ensino, pesquisa e extensão, de acordo com a realidade local (WHO, 2010).

Em 1973, a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) propôs o desenvolvimento da rede de Integração Docente Assistencial (IDA), apresentando o objetivo de proporcionar mudanças na formação em saúde, dirigidas à integração ensino-serviço, estimulando a interprofissionalidade. Tal programa buscava reajustar e reformular a formação das profissões de nível superior, o ensino de pós-graduação e extensão universitária (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Posteriormente, no início da década de 1990, foi implantado, na América Latina, o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade). Foi elaborado em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira, e visava a implantação de uma prática pedagógica inovadora, buscando melhorias na organização dos serviços de saúde e na formação dos profissionais, articulando universidade, serviço e comunidade (MACHADO; CALDAS JR; BORTONCELLO, 1997).

Como resultado de uma articulação dos projetos “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” e “Integração Docente Assistencial”, foi criada a Rede Unida. Essa rede tem o objetivo de superar a fragmentação na formação em saúde, e busca criar espaços sociais de debate e de reflexão para construção da interdisciplinaridade, da multiprofissionalidade, da

integralidade, da participação social e da integração ensino-serviço (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Em 2005, a partir da maior aproximação entre saúde e educação, foi instituída a Portaria conjunta nº 2.118, estruturando a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação para cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Neste mesmo ano, para que ocorressem as mudanças curriculares na formação e nas práticas de saúde, como já previsto nas DCN dos cursos de graduação em saúde, o MS do Brasil, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com a Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.102, de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Com a implementação do Pró-saúde, esperava-se uma modificação do modelo de formação individual e hospitalocêntrico para um modelo com foco nos aspectos socioeconômicos e culturais da população. Houve a recomendação da educação profissional como processo permanente, a articulação com o sistema público de saúde, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, e mudanças no desenvolvimento das pesquisas em saúde com ênfase no SUS (BRASIL, 2007b).

Portanto, o Pró-saúde foi um programa criado essencialmente para integrar ensino-serviço, buscando reorientar a formação profissional, com mudanças curriculares e com a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da AB, para incorporação da abordagem integral do processo saúde-doença e para transformar a prestação de serviços à população brasileira (BRASIL, 2005).

Deve-se salientar que, para uma maior integração ensino-serviço, é necessária uma sensibilização dos atores sociais inseridos nesse contexto. E, para isso, a universidade deve ter uma preocupação com a identificação das necessidades dos serviços, além de firmar pactos de contribuição entre docentes e discentes, de forma a contemplar espaços e práticas educacionais e tecnologias para adequação dos processos de trabalho (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nessa perspectiva, revela-se imprescindível a formação integral dos profissionais de saúde, já estabelecida pela DCN dos vários cursos da saúde.

Colocada em prática, representaria um enorme progresso na incorporação pela IES em sua missão institucional. A implementação de ações visando melhorias na formação profissional é função das IES, que deverão atuar como responsáveis diretas por esse processo de mudança (BRASIL, 2005).

A transição demográfica e epidemiológica brasileira, apresentando um aumento das doenças crônico-degenerativas, das patologias socioambientais e do marcante processo de envelhecimento da população, traz como implicação a necessidade de ampliação de conteúdos específicos na graduação, pós-graduação e educação permanente. Tal inferência mostra-se relevante, uma vez que muitos profissionais recém-egressos da academia não dispõem de competências mínimas, por exemplo, para o desenvolvimento da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos (MOTTA; AGUIAR, 2006).

A AB é um terreno fértil e fundamental para as práticas de saúde e integração de diversos profissionais, possuindo um importante valor na formação profissional. Portanto, deve haver um empenho dos profissionais, que atuam como preceptores e supervisores de estágio de saúde, para que ocorra o desenvolvimento dos discentes no campo de prática, com base no conteúdo teórico ensinado na academia, integrando teoria e prática (PEREIRA et al., 2009).

Por outro lado, é evidente que a maioria dos preceptores e supervisores da rede não encontra apoio institucional ou oportunidades de cursos de especialização em saúde da família, o que se agrava quando estudantes da área da saúde estão realizando estágios curriculares nestas unidades de saúde. A inserção dos estudantes no serviço demanda uma articulação entre as instituições formadoras e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), a fim de formar profissionais de saúde com perfil adequado às diretrizes político-sanitárias (TRAJMAN et al., 2009).

É necessário também enfatizar o papel dos atores do ensino, da gestão setorial, dos serviços de saúde, do controle social em saúde e dos campos de atuação e experiência profissional na formação de futuros profissionais com potencialidade para abordar integralmente à saúde das pessoas. Além disso, é necessário captar e valorizar o processo e os movimentos em direção à transformação institucional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Portanto, é imprescindível superar a vulnerabilidade das relações entre ensino e serviço, através de ações, como reuniões e discussões de casos de forma coletiva,

bem como através de negociações com docentes e preceptores quanto à organização dos processos de trabalho. Essas mudanças devem estar pautadas no fortalecimento dos espaços de discussão de forma interdisciplinar, além da desconstrução do cuidado distante da escuta e singularidades do indivíduo, da família e da comunidade (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

2.5 AÇÕES INTERPROFISSIONAIS E PRÁTICAS COLABORATIVAS

A educação interprofissional (EIP) ocorre quando dois ou mais estudantes de diferentes áreas da saúde aprendem juntos, entre si, e com os outros das demais profissões, e visa melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado, além de fortalecer o desempenho dos sistemas de saúde. Esta modalidade de educação possibilita maior interação entre estudantes e/ou profissionais e pode otimizar as habilidades de seus membros e compartilhar a discussão de casos (WHO, 2010).

O histórico da EIP está diretamente relacionado com os esforços empreendidos para melhoria da qualidade da assistência à saúde, da melhoria na comunicação entre os profissionais, do fortalecimento do trabalho em equipe e da minimização das relações conflituosas entre diferentes classes profissionais. Prevê, também, superar as dificuldades de articulação entre ensino-serviço, a estrutura departamentalizada das universidades, a incompatibilidade das grades curriculares dos cursos e a necessidade de apoio institucional (SILVA et al., 2015).

As ações interprofissionais também representam um desafio nos dias atuais. Observa-se a necessidade de integração no trabalho em equipe interprofissional, das trocas de experiências e saberes, do respeito a diversidade, da cooperação para o exercício de práticas transformadoras, da integração na construção de projetos e do exercício diário do diálogo, ainda incipiente em nosso meio (BATISTA, 2012).

A Prática Interprofissional (PIP) na área da saúde representa um componente da organização dos serviços, já que trabalha com a mesma lógica da problematização visando à integração das ações de saúde. No entanto, a mesma tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção através do reconhecimento das contribuições específicas de cada área, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a implementação da EIP para transformar a educação profissional, com o objetivo de apoiar e promover avanços nos sistemas de saúde, em prol da equidade e atenção às necessidades de saúde da população, além da participação na transição de um sistema de saúde fragmentado para uma posição mais fortalecida (WHO, 2010).

A EIP trabalha com a formação profissional baseada no interprofissionalismo, o qual se desenvolve com enfoque em três competências: nas competências comuns a todas as profissões, nas específicas de cada área profissional, e nas competências colaborativas. Portanto, reconhece como primordial o respeito pelas peculiaridades de cada profissão, o planejamento com participação de todos os envolvidos, e o exercício da negociação, visando a construção de redes colaborativas pelos atores envolvidos (BATISTA, 2012).

Dessa forma, profissionais de diferentes áreas da saúde articulam o saber específico de sua formação com o dos demais componentes da equipe, facilitando a organização do trabalho e possibilitando o compartilhamento de ações. Mas, em alguns momentos, serão atribuídas determinadas tarefas que não são específicas de sua formação, focando o modelo de prática colaborativa no atendimento integral das necessidades do usuário (PEDUZZI et al., 2013).

Trata-se, portanto, de uma relação de interdependência e complementaridade, em concomitância com uma relação de autonomia, conferida pelo saber próprio da formação. A articulação destes distintos aspectos requer uma prática de esforço contínuo para que a ideia de “equipe integração” seja construída nos diferentes espaços de trabalho (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Entre as dificuldades para a implantação da EIP, observam-se a ausência de uma definição precisa, entraves nas grades curriculares, as estratégias de redução de custos, e os problemas com corporações profissionais e resistências, tanto das instituições formadoras como de docentes e discentes (BATISTA, 2012).

Além das dificuldades, um dos maiores desafios enfrentados pela equipe de saúde para trabalhar com resolubilidade e compartilhamento de ações em prol das necessidades de saúde com relação às práticas colaborativas e ações interprofissionais é a questão da formação de pessoal para o trabalho em equipe. A

maioria dos profissionais de saúde não tem em seu percurso acadêmico a formação com valorização do trabalho em equipe (BRASIL, 2010).

Em face das dificuldades apontadas, Peduzzi (2010) expõe a necessidade de superação de alguns fatores para que o trabalho em equipe seja consolidado no cenário da saúde. Entre estes fatores, considera a fragmentação do cuidado, a individualização da atuação por categorias profissionais, as relações hierárquicas de trabalho e a cultura institucional presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Com o advento da APS no Brasil, ocorreram mudanças que contribuíram significativamente para a consolidação da prática colaborativa entre profissionais das equipes de saúde da família. O surgimento de protocolos clínicos para a atenção à saúde de grupos prioritários trouxe, para algumas classes profissionais, mais autonomia no exercício profissional, bem como o compartilhamento de saberes com profissionais de outras áreas das decisões relacionadas à saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

Na AB, o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade são referenciados como forma de articulação entre saberes e setores diferenciados, visando à implementação da prática colaborativa. O diálogo, a comunicação efetiva, os cursos e as capacitações são apontados como recursos para romper obstáculos do processo do trabalho em equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2012).

Portanto, a prática colaborativa ocorre quando profissionais de saúde, com diferentes experiências e áreas de atuação, se unem para trabalhar com comunidades, famílias, pacientes e cuidadores, priorizando a qualidade da assistência e a conquista dos objetivos de saúde locais, visando fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção de melhores resultados (WHO, 2010).

Os sistemas de educação e de saúde devem unir forças para que futuros profissionais de saúde tenham a devida qualificação, e para que sejam alocados em local e momento certos, trabalhando em conjunto para coordenar as estratégias para sustentar e ampliar a força de trabalho em saúde (WHO, 2010). Assim, para que ocorra uma integração efetiva entre ensino e serviço, as ações devem ultrapassar os limites indicados, através do estabelecimento de relações de parceria, em que os envolvidos devem se manter ativos e corresponsáveis na construção e no incremento de propostas conjuntas para formação e desenvolvimento profissional em saúde.

Em 2003, o MS assumiu a função de Gestor Federal do SUS, com o objetivo de incentivar e orientar as mudanças nos cursos da área da saúde, formulando políticas para direcionar a formação desses trabalhadores. Essa função ficou sob a responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), que tem como objetivo a formulação de políticas referentes à formação e educação permanente desses profissionais (BRASIL, 2003a).

Entre as propostas do DGES, estava a promoção da integração entre as instituições formadoras e o sistema de saúde. E, para romper a fragmentação das capacitações desenvolvidas pelo MS, pretendeu-se estabelecer, com os gestores, estratégias para o desenvolvimento de docentes, servidores e profissionais em formação, e uma agenda de compromissos e de gestão de processos formativos com as instituições formadoras e estudantes (BRASIL, 2003b).

Com isso, a Política de Educação Permanente apresenta o conceito de EP como estratégia de aprendizado e produção de conhecimentos no cotidiano das instituições por meio de metodologias participativas, processos formais ou informais, nos quais o sujeito é o ator principal, expondo suas vivências e experiências (BRASIL, 2009a).

Essa estratégia foi instituída por meio da Portaria nº 198 (BRASIL, 2004a), como possibilidade do SUS investir na formação e no desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Em 2007, a política passou por alterações no que se refere às diretrizes para sua implementação, por meio da Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007a).

2.6 LEI DE DIRETRIZES E BASES (LDB)

O processo de mudança da educação traz alguns desafios, entre estes a aproximação da universidade com os serviços de saúde, através de experiências que orientem a formação com foco na interface dos reais problemas de saúde da população e na mudança do modelo de atenção vigente. Diante disso, a integração ensino, serviço e comunidade passa a ser uma exigência para que as ações profissionais sejam embasadas na dimensão ampliada de saúde e nos princípios e diretrizes do SUS (GOMES et al., 2010).

Neste sentido, a LDBEN traz a definição de Educação Superior em seu capítulo V, artigos 43 a 57, onde discorre sobre o objetivo de estimular a criação científica, cultural e o pensamento reflexivo, incluindo diferentes áreas do conhecimento e estimulando a percepção dos problemas de forma geral, porém com relevância para os problemas regionais (BRASIL, 1996).

Menciona, também, que a formação superior deve ser direcionada para o pensamento reflexivo do graduando, estimulando a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira e o avanço do conhecimento científico e cultural. Além disso, expõe a necessidade de estimular o conhecimento dos problemas da população e incentivar a uma relação de reciprocidade.

Através do Parecer 583/2001, o ME e o CNE estabeleceram as orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Essas diretrizes eram baseadas em sete princípios. Entre esses princípios: assegurar, às IES, liberdade na composição da carga horária e na especificação das unidades de estudo; fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa, os estágios e inserção nas atividades de extensão; e incentivar a autonomia do aluno (BRASIL, 2001a).

Ainda assim, as DCN preconizam que os profissionais de saúde devem estar aptos para realizar ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo. Além disso, devem assegurar uma prática integral e contínua, analisando os problemas da população e buscando soluções para tais, com atendimento de qualidade e com ética/bioética (FERLA; ROCHA, 2013).

De acordo com as DCN dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia, os currículos propostos devem estar em consonância com as competências, habilidades e conteúdos da saúde ampliada e dos princípios organizativos do SUS. Além disso, os profissionais devem ser capacitados para assegurar a eficiência, a qualidade e a resolutividade do atendimento prestado a população (BRASIL, 2001b; 2001d; 2001f).

Com relação à formação do enfermeiro, é necessário que este profissional possua habilidades e competências para atuação frente à tomada de decisões, liderança, comunicação, educação permanente, atenção à saúde, administração e gerenciamento. Os conteúdos essenciais devem estar relacionados ao processo saúde-doença e devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, as humanas

e sociais, e as da enfermagem, como fundamentos, assistência, administração e ensino de enfermagem (BRASIL, 2001c).

De acordo com a Resolução do CNE/CES nº 04/2009, os cursos de graduação em nutrição e enfermagem terão limite mínimo para integralização de 4 e 5 anos e carga horária mínima de 3.200 e 4.000 horas, respectivamente, sendo que as IES deverão fixar os tempos mínimos e máximos de integralização curricular por curso. Porém, o inciso IV do artigo 2, determina que pode ocorrer tempo de integralização diferente do preconizado, desde que seja justificado no Projeto Pedagógico (BRASIL, 2009b).

O desafio na formação do enfermeiro é transpor as determinações da LDB e das DCN para formar profissionais que transcendam o domínio teórico-prático, passando a atuar como agentes transformadores e inovadores da realidade. Além disso, é fundamental a ampliação da qualificação técnica especializada, da comunicação ética e política e das inter-relações (ITO et al., 2006).

No que diz respeito às DCN do Curso de Graduação em Fisioterapia, entre as habilidades e competência específicas, o profissional deve respeitar os princípios éticos e do SUS, desenvolver procedimentos técnicos da fisioterapia como consultas, e realizar avaliações, reavaliações, diagnóstico e intervenção fisioterapêutica. E os conteúdos essenciais devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, as humanas e sociais, os conhecimentos biotecnológicos e os fisioterapêuticos (BRASIL, 2001d).

A Resolução CNE/CES4, de 19 de fevereiro de 2002, discorre que o desenvolvimento das atividades práticas deverá ocorrer desde o início do curso, através de uma complexidade crescente, que vai da observação à prática assistida, e devem contemplar pelo menos 20% da carga horária total do curso. Porém, as atividades práticas que antecedem o estágio curricular deveram ser desenvolvidas na IES ou em instituições conveniadas sob a supervisão de docente fisioterapeuta (BRASIL, 2002a).

As DCN do Curso de Graduação em Nutrição discorrem que os conteúdos essenciais devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, as humanas, sociais e econômicas, as ciências da alimentação e nutrição e dos alimentos. A carga horária do estágio curricular deve ser distribuída de forma equivalente entre a

nutrição clínica, social e nutrição em unidades de alimentação e nutrição (BRASIL, 2001e).

As DCN do Curso de Graduação em Odontologia expõem que os conteúdos essenciais devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, as humanas e sociais e as ciências odontológicas, que incluem propedêutica clínica, clínica odontológica e odontologia pediátrica. E, deve assegurar a formação dos profissionais para atuação em equipe e em todos os níveis de atenção à saúde articulado com o contexto social (BRASIL, 2002b).

As DCN do Curso de Graduação em Psicologia retratam a estruturação dos estágios supervisionados em dois níveis: o básico e específico. Conta com, pelo menos, 15% de estágio supervisionado do total da carga horária do curso. O nível básico abordará o desenvolvimento de práticas integrativas das competências e habilidades previstas no núcleo comum e o específico as competências, habilidades e conhecimentos que definem cada ênfase proposta pelo projeto do curso (BRASIL, 2004b).

Além das DCN dos cursos da área da saúde, os PPP representam um instrumento que deve ser elaborado de forma coletiva nas IES, apresentando a finalidade de formação baseada no preparo profissional, com elementos transformadores e reflexivos. Apesar de ser uma construção difícil, deve haver persistência para enfrentamento dos novos desafios e realização do cuidado e atenção competentes (NÓBREGA-THERRIEN et. al, 2010).

A própria LDB N° 9.394 determina, no inciso I do art. 12, que os estabelecimentos de ensino terão a função de elaboração e execução de sua proposta pedagógica, e, em seu artigo seguinte, que, nessa construção, deverão participar os docentes. Já no art. 53 dessa mesma Lei, ficam estabelecidas atribuições de fixação dos currículos dos cursos e programas, de acordo com suas diretrizes gerais pertinentes (BRASIL, 1996).

Portanto, o PPP é um processo democrático de decisões construído e utilizado cotidianamente por todos os envolvidos com o processo educativo, com o intuito de formação de cidadãos críticos, criativos, participativos e responsáveis. Além disso, define as características da instituição que são necessárias para cumprimentos de suas intencionalidades e suas ações educativas (VEIGA, 2004).

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo/analítico, que buscou descrever a relação entre IES e AB em três municípios do Recôncavo Sul Baiano, além de fatores que atuam na interação entre as instituições estudadas. Este estudo teve uma abordagem qualitativa, uma vez que trabalhou com o universo dos significados, das crenças, valores, atitudes, aspirações e motivos (MINAYO, 2010).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Recôncavo Baiano somacerca de 696.247 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 64,23hab/km (IBGE, 2000). O Recôncavo Baiano é composto por 33 cidades, incluindo Governador Mangabeira, Santo Antonio de Jesus e Cachoeira, onde estão situados os Centros de Ensino Superior, com cursos presenciais na área da saúde que fizeram parte do estudo (IES 1, 2 e 3 respectivamente).

A IES 1 foi criada em 18 de março de 2004, e está localizada na Rodovia BR-101, no município de Governador Mangabeira-Ba. Possui 16 cursos de graduação, entre os quais oito cursos pertencem a área da saúde (Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Biomedicina, Educação Física, Farmácia, Odontologia e Serviço Social) (FAMAM, 2015).

O município de Governador Mangabeira, onde está localizada a IES 1, no mês de dezembro de 2015, possuía nove eSF, com cobertura populacional de 19.926 habitantes, e 100% de cobertura da ESF e Saúde Bucal (SB). Possuía 45 ACS e contava com apoio matricial do NASF (BRASIL, 2015).

Já a IES 2 é uma Autarquia, criada pela Lei 11.151 de 29 de julho de 2005, por desmembramento da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia, com sede e foro na cidade de Cruz das Almas, e com unidades instaladas nos municípios de Amargosa, Cachoeira, Feira de Santana, Santo Amaro e Santo Antonio de Jesus. Possui autonomia administrativa, patrimonial, financeira e

didático-pedagógica. Possui 41 cursos, distribuídos entre os municípios acima citados, sendo que 05 cursos pertencem à área da saúde, no município de Santo Antônio de Jesus (Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Medicina, Psicologia e Nutrição) (UFRB, 2015).

Santo Antonio de Jesus, onde está localizada a IES 2, em dezembro de 2015, contava com vinte e uma eSF, com cobertura populacional de 72.450 habitantes e 77,84% de cobertura da ESF, e dezesseis unidades cobertas por eSB. Possuía 181 ACS e contava com apoio matricial do NASF (BRASIL, 2015).

A IES 3 faz parte de uma rede de ensino superior ligada à Rede Mundial de Educação Adventista. Possui um campus de mais de 200 hectares, localizado no distrito de Capoeiruçu, município de Cachoeira. Foi fundada em 14 de outubro de 1979, e, em maio de 2001, mudou seu nome de IAENE para Faculdade Adventista da Bahia. Possui 11 cursos de graduação, sendo quatro pertencentes à área da saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia) (FADBA, 2015).

De acordo com dados extraídos do site do Departamento de Atenção Básica (DAB), o município de Cachoeira, onde está localizada a IES 3, no mês de dezembro de 2015, possuía treze equipes de Saúde da Família (eSF), com cobertura populacional de 32.270 habitantes e 100% de cobertura da ESF e da equipe de Saúde Bucal (eSB). Possuía 81 ACS e contava com apoio matricial do NASF (BRASIL, 2015).

Para compor o cenário de estudo, além das IES citadas, fizeram parte também as Unidades de Saúde da Família (USF) que possuem convênio de preceptoria (campo de estágio na AB) para os cursos da área da saúde, situadas nos municípios onde essas IES estão localizadas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo 02 diretores e 09 coordenadores dos cursos da área da saúde das três IES, além de 01 gestor municipal de saúde, 05 coordenadores da AB e 12 coordenadores da ESF dos três municípios, conforme quadros abaixo (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. Caracterização dos profissionais das IES localizadas em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, Governador Mangabeira, 2016.

IES 1						
E	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA IES
27	Diretor	53	M	Doutorado	Engenheiro Agrônomo	12 anos
01	Coordenador Curso Odontologia	58	M	Doutorado	Cirurgião-dentista	12 anos
02	Coordenadora Curso Nutrição	38	F	Especialização	Nutricionista	1 ano e 6 meses
03	Coordenador Curso Fisioterapia	35	M	Especialização	Fisioterapeuta	5 anos
28	Coordenadora Curso Enfermagem	42	F	Mestrado	Enfermeira	9 anos
IES 2						
	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA IES
29	Coordenadora Curso Enfermagem	46	F	Doutorado	Enfermeira	8 anos
IES 3						
	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA IES
07	Diretor	39	M	Doutorado	Fisioterapeuta	11 anos
04	Coordenador Curso Odontologia	42	M	Mestrado	Cirurgião-dentista	2 anos
05	Coordenadora Curso Fisioterapia	35	F	Mestrado	Fisioterapeuta	12 anos
08	Coordenadora Curso Enfermagem	39	F	Especialização	Enfermeira	5 anos
09	Coordenador Curso Psicologia	52	M	Mestrado	Psicólogo	20 anos

FONTE: ANDRADE, 2016.

Quadro 2. Caracterização dos profissionais da AB de Municípios do Recôncavo Sul Baiano, Governador Mangabeira, 2016.

MUNICÍPIO A						
	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA SMS
12	Gestor Municipal de Saúde	64	M	Graduação	Médico	5 anos
11	Coordenadora Atenção Básica	40	F	Especialização	Fisioterapeuta	7 anos
10	Coordenadora ESF/Preceptora	42	F	Especialização	Enfermeira	7 anos
13	Coordenadora ESF/Preceptora	27	F	Especialização	Cirurgiã-dentista	3 anos
14	Coordenadora ESF/Preceptora	45	F	Mestrado	Cirurgiã-dentista	13 anos e 7 meses
15	Coordenadora ESF/Preceptora	24	F	Graduação	Cirurgiã-dentista	2 anos e 3 meses
16	Coordenadora ESF/Preceptora	29	F	Especialização	Cirurgiã-dentista	3 anos
MUNICÍPIO B						
	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA SMS
24	Coordenadora Atenção Básica	30	F	Especialização	Enfermeira	3 anos
25	Coordenadora Atenção Básica	28	F	Especialização	Enfermeira	4 anos
26	Coordenadora Atenção Básica	32	F	Especialização	Enfermeira	4 anos e 11 meses
17	Coordenadora ESF/Preceptora	37	F	Especialização	Enfermeira	3 anos e 8 meses
18	Coordenadora ESF/Preceptora	29	F	Especialização	Enfermeira	2 anos
19	Coordenadora ESF/Preceptora	25	F	Especialização	Enfermeira	1 ano e 9 meses
20	Coordenadora ESF/Preceptora	26	F	Especialização	Enfermeira	3 anos e 6 meses
21	Coordenadora ESF/Preceptora	25	F	Graduação	Enfermeira	5 meses
22	Coordenadora ESF/Preceptora	42	F	Especialização	Enfermeira	3 anos e 10 meses
23	Coordenadora ESF/Preceptora	34	F	Especialização	Enfermeira	4 anos
MUNICÍPIO C						
	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA SMS
06	Coordenadora Atenção Básica	32	F	Especialização	Enfermeira	1 ano e 6 meses

FONTE: ANDRADE, 2016.

Assim, foram adotados os seguintes critérios para gestor municipal de saúde, coordenadores da AB e coordenadores da ESF (Profissionais da AB):

De inclusão:

- aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A);
- estar na instituição durante o período da coleta;
- ser preceptor de estágio na USF (para coordenador da ESF).

De exclusão:

- estar afastado das atividades laborais durante a coleta de dados para a pesquisa;
- tempo de serviço na instituição inferior a três meses.

E para diretores e coordenadores dos cursos da área da saúde das IES (Profissionais das IES):

De inclusão:

- aceitar participar do estudo assinando o TCLE;
- estar na instituição durante o período da coleta;

De exclusão:

- estar afastado das atividades laborais durante a coleta de dados para a pesquisa;
- tempo de serviço na instituição inferior a três meses.

3.4 COLETA DOS DADOS

Neste estudo, foi realizada uma análise documental das MC dos cursos da área da saúde das três IES em estudo que se repetem em pelo menos duas instituições. A análise documental tem o objetivo de descrever o conteúdo de um documento de forma diferente do que é trazido no texto original, para facilitar sua consulta e diferenciação posteriormente (BARDIN, 2011). Essa análise propiciou uma melhor compreensão do conteúdo e corroborou para evidências coletadas pelos outros instrumentos de pesquisa e fontes.

Foi utilizada também uma entrevista semiestruturada, composta por um roteiro de oito perguntas para diretores e coordenadores dos cursos da área da

saúde, e outro roteiro, composto por nove perguntas, para gestores, coordenadores da AB e coordenadores da ESF, que permitiu que o participante falasse sobre o tema proposto, sem respostas já fixadas pela pesquisadora (MINAYO, 2010).

Essa mesma autora menciona que a fala é capaz de revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, de comunicar, por meio de um interlocutor, as representações de grupos específicos em condições históricas, culturais e socioeconômicas. Além disso, facilita a abordagem e assegura que todos os pressupostos sejam explorados na conversa (MINAYO, 2010).

A elaboração das perguntas que constam no questionário semiestruturado foi baseada em fontes bibliográficas estudadas sobre a temática e na necessidade de definir elementos que caracterizem uma relação de interdependência, na visão dos entrevistados, entre as IES e AB. Além disso, buscou-se identificar os fatores que dificultam o estreitamento dessa relação e os benefícios provenientes do trabalho conjunto e articulado entre as instituições, que, apesar de possuírem ações diferentes, se adicionam, através da teoria e da prática.

As entrevistas com o gestor municipal de saúde, coordenadores da AB e coordenadores da ESF (APÊNDICE A) e diretores e coordenadores dos cursos da área da saúde (APÊNDICE B) das três IES dos três municípios foram previamente agendadas, obedecendo à data, local e horário para realização da pesquisa de campo. Após autorização, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, foram ouvidas e transcritas na íntegra para leituras e análises pertinentes.

De forma a garantir o sigilo, as entrevistas foram identificadas por códigos numéricos crescentes, seguidos da categoria profissional, formação e idade do entrevistado. Com relação às IES, estas foram definidas pelos números 1, 2 e 3 e, os municípios com as letras A, B e C.

As transcrições foram realizadas após o término das entrevistas para que a análise fosse iniciada o mais rápido possível, o que facilitou a compreensão da pesquisadora através de sua memória recente sobre algum trecho que possa ter sido prejudicado. As gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora até cinco anos após a pesquisa, findado esse período, as gravações serão destruídas.

Foram programadas as visitas sistemáticas às unidades de saúde e às IES, distribuídas nos turnos matutino e vespertino. Entretanto, sempre se buscou

compatibilidade com a programação das ações de ambas as instituições, evitando interferência na programação dos profissionais.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram encaminhados ofícios de pedido de autorização para as IES participantes, bem como para as SMS dos municípios onde estas Instituições estão localizadas. Em seguida, após autorização das instituições coparticipantes, foi feito o cadastro do projeto na Plataforma Brasil, para que fosse avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Posterior à aprovação do CEP (Parecer nº 1.722.813) (ANEXO C), foi feito contato com as coordenações dos cursos para solicitar uma cópia da MC dos cursos de graduação da área da saúde. Os documentos disponibilizados fizeram parte da etapa da coleta de dados do estudo objetivando uma melhor visualização da organização dos mesmos, já que o material de análise foi constituído também pelas falas das entrevistas.

Após tais etapas da pesquisa, se iniciou a investigação no campo de estudo, em que a participação de todos os envolvidos ocorreu de forma voluntária, e todas as informações e esclarecimentos a respeito da pesquisa foram prestados aos sujeitos, após lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o assinaram.

Portanto, como garantia dos princípios éticos no desenvolvimento de uma atividade com seres humanos, foram respeitadas as Diretrizes e Normas da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS, 2012). De acordo com essa Resolução, devem ser considerados o respeito à dignidade do ser humano, a proteção aos direitos e o seu bem-estar, assim foi resguardada a sua identidade.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados envolveu dois tipos de materiais: a MC (APÊNDICE C) e as entrevistas. Para análise da MC foi considerado a ementa das disciplinas com tema Saúde Pública/Coletiva, o objetivo, duração do curso e semestre em que o

acadêmico tem contato com a prática no âmbito da UBS. Contudo, não foi possível acesso a todos os dados, pela indisponibilidade pelos profissionais entrevistados e no site institucional das IES.

E, com relação às entrevistas, após suas transcrições os dados foram analisados através do método de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011), que contempla três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, as falas foram organizadas, transcritas e separadas por questão norteadora, precedidas por leitura das mesmas para a apreensão do sentido do todo. Essa fase, segundo a autora acima citada, corresponde a um período de induções, que tem como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir um esquema do desenvolvimento das etapas sucessivas.

Em seguida, foi realizada a exploração do material com leitura exaustiva das falas, tendo como finalidade a codificação através das unidades de registro, que correspondem ao segmento do conteúdo a ser considerado como unidade de base.

Posteriormente, foram extraídas palavras e expressões que respondiam a questão norteadora, e foram iniciadas as inferências e a interpretação. Nessa etapa, segundo Bardin (2011), é realizada a categorização, que consiste na classificação dos elementos por semelhança e diferenciação, com posterior reagrupamento em função de características comuns.

Após a leitura profunda das transcrições das entrevistas, seguidas de releituras necessárias, emergiram a categoria principal e as subcategorias. Foram construídas categorias temáticas a partir da leitura atenta do material empírico – os textos produzidos a partir da transcrição das entrevistas, buscando sistematizar informações relacionadas aos objetivos do estudo. Nessa etapa, foi realizada a interpretação dos textos, analisando a relação entre as IES e AB em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, na perspectiva dos entrevistados.

O material foi interpretado à luz de referenciais teóricos específicos ligados à educação em saúde, trabalho em saúde e outros do campo da saúde coletiva. Desse modo, foi construída uma categoria temática principal: “Integração ensino-serviço”. Foram elaboradas também duas subcategorias: “Seria fundamental que

nós falássemos a mesma língua” e “Reformas curriculares como possibilidade de integração IES e AB”.

4 RESULTADOS

4.1 MATRIZ CURRICULAR

4.1.1 Dados gerais do curso de Enfermagem

Quadro 3 - Dados gerais dos cursos de Enfermagem das três IES, 2016.

IES	1	2	3
NOME	Curso de Bacharelado em Enfermagem	Curso de Bacharelado em Enfermagem	Curso de Bacharelado em Enfermagem
INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	20/03/04	2008.1	-
PRAZO PARA INTEGRALIZAÇÃO	Mínimo 10 semestres e máximo 15 semestres	10 semestres Mínimo 9 semestres e máximo 12 semestres	10 semestres
CARGA HORÁRIA TOTAL	4.080 horas	4.590 horas	4.160 horas
REGIME LETIVO	Semestral	Semestral	Semestral
VAGAS ANUAIS	100 vagas	-	100 vagas
CRIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	Portaria de Autorização nº 682 de 17/03/04, publicada no D.O.U.em 18/03/04. Portaria do MEC nº 01 de 06/01/12, publicada no DOU em 09/01/12.	Portaria Nº 01 datada de 06/01/12, publicada no D.O.U. no dia 09/01/12.	Portaria de Autorização nº 1.072 de 27/12/07, publicada no DOU em 28/12/07. Portaria do MEC nº 270 de 19/07/11, publicada no DOU em 20/07/11.
TURNOS	Matutino/Noturno	Matutino/Vespertino	Matutino/Vespertino

FONTE: ANDRADE, 2016.

A IES 1 tem, em sua carga horária, 800 horas de estágio curricular supervisionado, que corresponde a aproximadamente 19,6% do total do curso. A IES 2 possui 918 horas, correspondente a 20% do curso, e a IES 3, em sua matriz curricular, apresenta 828 horas de estágio supervisionado, que corresponde a, aproximadamente, 19,9% do total.

As disciplinas Assistência de Enfermagem à Saúde Coletiva I (carga horária de 60 teórica e 20 prática) e II (carga horária de 80 teórica e 40 prática) são oferecidas pela IES 1 nos 3º e 5º semestres, respectivamente, e Saúde Coletiva III (carga horária de 80 teórica), no 8º semestre. Na IES 2, Políticas de Saúde (carga horária de 68 teórica) e Enfermagem em Saúde Coletiva I (carga horária de 68 teórica e 68 prática) são ofertadas no 4º semestre, e Saúde Coletiva II (carga horária de 68 teórica e 51 prática) é ofertada no 5º semestre.

Na IES 3, Políticas de Saúde (carga horária de 54 teórica), Enfermagem em Saúde Coletiva I (carga horária de 36 teórica e 18 prática), Saúde Coletiva II (carga horária de 54 teórica e 36 prática) e Gestão em Saúde Coletiva (carga horária de 54 teórica) são oferecidas nos 3º, 4º, 5º e 7º semestres, respectivamente.

Com relação à ementa das disciplinas, a IES1, na disciplina Assistência de Enfermagem à Saúde Coletiva I, descreve-se a formação do conhecimento a partir de uma visão holística, relacionada às diretrizes de saúde com enfoque no pensamento crítico e reflexivo. Já na disciplina Assistência de Enfermagem à Saúde Coletiva II, a ementa pormenoriza a atuação na AB e ESF, através da visão individual nos aspectos sociais, psicológicos e biológicos, e também na coletividade, com ações voltadas para aspectos epidemiológicos e assistenciais. Em Saúde Coletiva III, abordam os grupos específicos da AB e vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Na IES 2, a disciplina Políticas de Saúde traz, na ementa, o histórico das políticas de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil, a vigilância da saúde, a promoção da saúde e o controle social em saúde. Em Enfermagem, em Saúde Coletiva I, demonstra-se o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a vigilância da saúde. Por fim, na disciplina Saúde Coletiva II, descreve-se a atuação do enfermeiro nos serviços de saúde frente aos programas do MS.

Na IES 3, a ementa da disciplina Políticas de Saúde enfatiza o conhecimento sobre o SUS, o papel do enfermeiro no sistema de saúde brasileiro, e finaliza com práticas nas UBS da região. Já a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva I leva o aluno a conhecer e atuar nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade e a conhecer os diversos programas do MS. Em Saúde Coletiva II, a ênfase é nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), com destaque para os de imunização, AB, nascidos vivos e saúde do trabalhador; e a disciplina Gestão em Saúde Coletiva trabalha com conceitos de liderança e administração em enfermagem e gestão em saúde nos serviços de saúde pública.

4.1.2 Dados gerais do curso de Odontologia

Quadro 4. Dados gerais dos cursos de Odontologia das duas IES, 2016.

IES	1	3
NOME	Curso de Bacharelado em Odontologia	Curso de Bacharelado em Odontologia
INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	Fevereiro/12	Janeiro/16
PRAZO PARA INTEGRALIZAÇÃO	10 semestres	10 semestres, máximo 15 semestres
CARGA HORÁRIA TOTAL	5.580 horas	4.388 horas
REGIME LETIVO	Semestral	Semestral
VAGAS ANUAIS	100 vagas	60 vagas
CRIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	Portaria de Autorização nº 300 de 02/08/11, publicada no DOU em 03/08/11.	-
TURNOS	Matutino/Vespertino	Diurno

FONTE: ANDRADE, 2016.

O Curso de Bacharelado em Odontologia da IES 1 está estruturado com a disciplina Odontologia em Saúde Coletiva I (80 horas teórica), II (40 horas teórica e 40 horas prática) e III (40 horas teórica e 40 horas prática), oferecidas no 3º, 4º e 7º semestres, respectivamente. Já a IES 3, apresenta a disciplina Políticas de Saúde (36 horas teórica), Odontologia em Saúde Coletiva I (36 horas teórica e 18 horas prática), II (36 horas teórica e 36 horas prática) e III (36 horas teórica e 36 horas prática) no 1, 5º, 6º e 7º semestre, respectivamente.

Com relação à distribuição da carga horária de ECS, a IES 1 tem sua carga horária de 800 horas de estágio supervisionado, que corresponde a aproximadamente 14,3% do total do curso. Já a IES 3 tem, em sua matriz curricular, 504 horas de ECS, que corresponde a, aproximadamente, 11,48% do total.

Na IES 1, a ementa da disciplina Odontologia em Saúde Coletiva I traz o diagnóstico das condições de saúde da população, como interface para planejamento e monitoramento das ações realizadas. Em Saúde Coletiva II enfatiza o estudo dos principais problemas odontológicos, o levantamento epidemiológico e avaliação desses dados. Já em Saúde Coletiva III, enfoca a participação do profissional cirurgião dentista em equipes de saúde, com estudo da organização e administração de serviços de saúde.

Com relação a IES 3, não houve disponibilidade de acesso às ementas das disciplinas do curso de Odontologia.

4.1.3 Dados gerais do curso de Nutrição

Quadro 5. Dados gerais dos cursos de Nutrição das duas IES, 2016.

IES	1	2
NOME	Curso de Bacharelado em Nutrição	Curso de Bacharelado em Nutrição
INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	02/02/15	2008.1
PRAZO PARA INTEGRALIZAÇÃO	08 semestres	10 semestres Mínimo 8 semestres e máximo 12 semestres
CARGA HORÁRIA TOTAL	3.380 horas	3.667
REGIME LETIVO	Semestral	Semestral
VAGAS ANUAIS	100 vagas	-
CRIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	Portaria de Autorização nº 307 de 20/05/14, publicada no DOU em 21/05/14.	Portaria Nº 20 datada de 12/03/12, publicada no D.O.U. no dia 16/03/12
TURNOS	Diurno/Noturno	Matutino/Vespertino

FONTE: ANDRADE, 2016.

O curso de Bacharelado em Nutrição da IES 1, tem, em sua estrutura curricular, a disciplina de Nutrição em Saúde Coletiva (80 horas), ofertada no sétimo semestre, e Estágio Supervisionado em Nutrição e Saúde Coletiva (200 horas), no 8º semestre. Descreve, em sua ementa, a importância do processo avaliativo nutricional da população, bem como a prevalência, prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas identificados. Prevê também a prática de atuação em equipes multiprofissionais, tendo como base os conhecimentos teóricos.

Na IES 2, a MC contempla as disciplinas Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (17 horas prática e 34 horas teórica), no 5º semestre; Nutrição em Saúde Coletiva (34 horas prática e 34 horas teórica), no 6º semestre; e Estágio em Nutrição em Saúde Coletiva (240 horas), no 8º semestre. Na disciplina Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, a ementa prevê a trajetória histórica das políticas de segurança alimentar e nutricional no Brasil, na Bahia e no Recôncavo da Bahia. A disciplina Nutrição em Saúde Coletiva discute a organização da AB no atual contexto da política de saúde, e apresenta a epidemiologia dos problemas nutricionais da população, além de caracterizar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do MS. E, no Estágio em Nutrição em Saúde Coletiva, abordam-se a teoria e a prática do nutricionista, buscando contemplar a competência profissional na área da Saúde Coletiva.

4.1.4 Dados gerais do curso de Psicologia

Quadro 6. Dados gerais dos cursos de Psicologia das duas IES, 2016.

IES	2	3
NOME	Curso de Bacharelado em Psicologia	Curso de Bacharelado em Psicologia
INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	2008.1	-
PRAZO PARA INTEGRALIZAÇÃO	14 semestres Mínimo 10 semestres e máximo 16 semestres	05 anos (10 semestres)
CARGA HORÁRIA TOTAL	4.536	4.122 horas
REGIME LETIVO	Semestral	Semestral
VAGAS ANUAIS	-	100 vagas
CRIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	Portaria Nº 490 datada de 20/12/11, publicada no D.O.U. no dia 23/12/11.	Portaria de Autorização nº 427 de 28/07/14, publicada no D.O.U. em 31/07/14.
TURNO	Matutino/Vespertino	Matutino/Noturno

FONTE: ANDRADE, 2016.

O curso de Bacharelado em Psicologia da IES 2 tem em sua MC apenas a disciplina Saúde Coletiva no 6º semestre, com carga horária de 68 horas teórica e, traz em sua ementa a Saúde Coletiva através da epidemiologia, ciências sociais e políticas de saúde e a relação entre saúde, sociedade, cultura e ambiente, seus determinantes e condicionantes.

Já a IES 3, tem em sua estrutura curricular a disciplina de Psicologia e Família (36 horas teórica) e Saúde e Políticas Públicas (54 horas teórica e 18 horas prática) ofertada no 4º e 8º semestres, respectivamente. Só faz menção sobre atividades práticas desenvolvidas no campo da saúde coletiva nessa disciplina de Saúde e Políticas Públicas com apenas 18 horas.

A ementa da disciplina Psicologia e Família traz o estudo da evolução histórica do conceito de família e seus papéis e a atuação do psicólogo junto à família. Na disciplina de Saúde e Políticas Públicas traz a abordagem histórica da saúde pública e saúde mental no Brasil e explana políticas públicas e a atuação do psicólogo nas diversas nuances.

4.1.5 Dados gerais do curso de Fisioterapia

Quadro 7. Dados gerais dos cursos de Fisioterapia das duas IES, 2016.

IES	1	3
Nome	Curso de Bacharelado em Fisioterapia	Curso de Bacharelado em Fisioterapia
Início de funcionamento	03/08/15	-
Prazo para integralização	10 semestres	05 anos
Carga horária total	4.320 horas	4.250 horas
Regime letivo	Semestral	Semanal
Vagas anuais	50 vagas	100 vagas
Criação e autorização	Portaria do MEC nº 265 de 27/03/15, publicada no DOU em 30/03/15.	Portaria de Autorização nº 1.297 de 23/11/98. Portaria do MEC nº 1.858 de 14/07/03.
Turno	Noturno	Matutino/Vespertino

FONTE: ANDRADE, 2016.

O curso de Bacharelado em Fisioterapia da IES 1 traz, em sua MC, a disciplina de Saúde Pública e Epidemiologia, ofertada no 3º semestre, com carga horária total de 80 horas teórica. Não faz menção sobre atividades práticas desenvolvidas no campo da saúde coletiva, apenas descreve estágio supervisionado I e II no 9º e 10º semestres, ambos com carga horária de 300 horas teóricas. Não foi disponibilizada a ementa das disciplinas do curso, bem como não consta no site institucional.

Já a IES 3, por sua vez, traz, em sua matriz, a disciplina Políticas de Saúde Pública (54 horas), no 1º semestre, e Fisioterapia na Atenção Básica (54 horas), no 7º semestre. Porém, assim como a IES 1, a IES 3 não menciona estágio na AB, apenas descreve Estágio Supervisionado I (180 horas), II (324 horas) e III (324 horas) nos 8º, 9º e 10º semestres, respectivamente.

A ementa da disciplina Políticas de Saúde Pública trabalha a evolução histórica das políticas de saúde e os conceitos de saúde e doença, bem como o estudo do SUS e dos modelos de atenção à saúde. A ementa da disciplina de Fisioterapia na Atenção Básica descreve o trabalho do profissional na comunidade enfatizando as ações de promoção e prevenção da saúde da população.

Quadro 8. Carga horária dispensada aos Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) dos cursos da área da saúde de IES de Municípios do Recôncavo Sul Baiano, 2016.

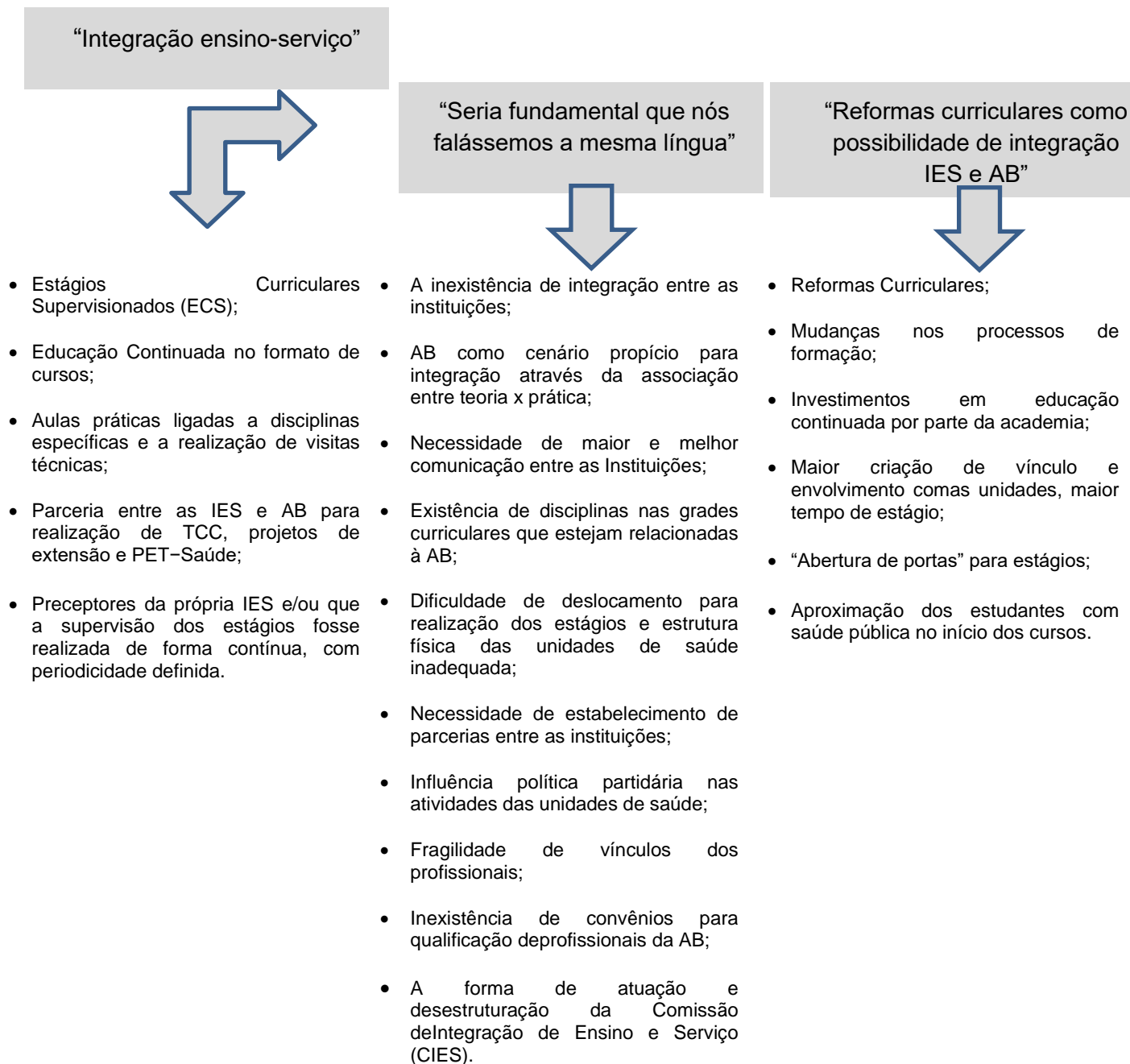
CURSOS											
CURSO	Enfermagem			Odontologia		Nutrição		Psicologia		Fisioterapia	
IES	IES 1	IES2	IES3	IES 1	IES 3	IES 1	IES 2	IES 2	IES 3	IES 1	IES 3
CARGA HORÁRIA TOTAL (CHT)	4.080	4.590	4.160	5.580	4.388	3.380	3.667	4.536	4.122	4.320	4.250
CARGA HORÁRIA DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO (CHECS)	800	918	828	800	504	600	720	782	486	600	828
% CHECS EM RELAÇÃO A CHT	19,6	20	19,9	14,3	11,48	17,75	19,6	17,2	11,79	13,88	19,48

FONTE: ANDRADE, 2016.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo por modalidade temática permitiu a identificação de uma categoria temática principal: “Integração ensino-serviço” e duas subcategorias: “Seria fundamental que nós falássemos a mesma língua” e “Reformas curriculares como possibilidade de integração IES e AB”, com suas respectivas unidades de análise (Fig. 1).

Figura 1 – Identificação de uma categoria temática principal e duas subcategorias.



4.2.1 Integração Ensino-Serviço

De acordo com a análise das entrevistas, o principal elemento que revela a integração entre as IES e a AB são os ECS. Os ECS foram citados como ferramenta de integração, tanto por profissionais da AB como por diretores de IES e coordenadores de cursos de graduação em saúde. Os estágios configuram-se em atividades voltadas para abordagens da prática profissional do estudante realizada durante seu percurso formativo, conforme as falas abaixo:

São muitas [as formas de integração]. Toda a nossa prática, não existe formação sem prática, então o meu locus de ensino é o ambiente público hoje. (E 07: Diretor)

Então, a primeira integração que eu vejo é essa aí, a integração feita com a parceria com o serviço público com a Atenção Básica, a grande necessidade que tem na Atenção Básica, principalmente na nossa região da falta de mão de obra, de excesso de pacientes, então tem um campo aberto para isso e, com isso temos essa facilidade de poder fazer com que os alunos possam estar sempre em atuação, conhecendo casos novos a cada dia. (E 04: Coordenador de Curso)

Estágio. Pode ser, não é?! Estágio eu acho que é a melhor forma de integração. Eu acho que o município ganha muito com o estágio na Atenção Básica, não é?! Porque a gente com os meninos a gente consegue fazer coisas com a maior quantidade, que a gente não consegue com um profissional. (E 14: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Além dos ECS, a relação ensino-serviço também foi representada, na perspectiva dos entrevistados, por parcerias institucionais voltadas para a educação continuada, na qual as IES podem atuar como mediadoras no processo formativo de trabalhadores da AB, seja mediante protagonismo de estagiários ou de profissionais da instituição. Tais atividades seriam realizadas, principalmente, na forma de cursos. Conforme alude o próprio termo, a educação continuada remete para o reconhecimento da necessidade de aprendizado contínuo, tanto no que tange aspectos técnicos como relacionados à percepção do ser humano enquanto tal, conforme descrição abaixo:

Então, a gente precisa estar sempre contribuindo e dando contrapartida com as preceptoras de prática e de estágio, se vai ter um curso elas são prioridade, são convidadas. A gente tenta trazer também para a sala de aula, então, quando a gente faz atualização dos alunos de vacina, dos atendimentos de saúde da mulher, então a gente traz elas, que aí tem um certificado, uma comprovação de carga horária de ensino para a gente poder estar atuando. Agora mesmo a gente está fazendo, a gente escreveu um livro da área de saúde coletiva, o ano passado a gente lançou o livro,

todas essas preceptoras foram convocadas a ter artigos publicados nesse livro. (E 29: Coordenadora de Curso)

Essa capacitação mesmo, a educação continuada, o vínculo maior com a instituição. (E 10: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Quem faz a qualificação dos profissionais aqui é o próprio município. Nós tutores vendo essa necessidade de qualificação, pegamos o estágio e solicitamos aos alunos que façam capacitação para os profissionais. (E 16: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Inclusive, a educação, enquanto um processo contínuo, é reconhecida como necessária por profissionais de saúde, e essa continuidade da formação é alvo de interesse por esses profissionais. Sobre isso duas entrevistadas comentam:

Na verdade, eu gostaria de fazer um mestrado. [Mas] infelizmente, as condições atuais são difíceis. Mas, eu gostaria de me qualificar. (E 11: Coordenadora da Atenção Básica)

O que eu acho também que poderia ser, por exemplo, se eu fosse uma enfermeira que fosse só daqui, que eu nunca tivesse tido essa experiência, era essa questão mesmo de aperfeiçoamento, de educação mesmo, entendeu? De cursos, sei lá, não sei qual seria o formato, cursos, aperfeiçoamento, atualização, sei lá, não sei. Mas, está em constante proximidade com o ensino, entendeu? Com o ensino, com tecnologias novas porque uma coisa que acontece muito é quando o profissional está no serviço, ele se acomoda com aquilo ali e o profissional de serviço ele não tem o costume de buscar o conhecimento, ele só sabe de uma atualização de vacina, sei lá, se vier o comunicado da secretaria, entendeu? (E 19: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Outros dois aspectos apontados como elementos que evidenciam a integração IES e AB foram a realização de aulas práticas ligadas a disciplinas específicas, em meio às quais são feitas visitas técnicas, e as parcerias na realização de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), projetos de extensão e atividades referentes ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), conforme falas abaixo.

Mas, do ponto de vista curricular, são essas, as disciplinas, os estágios, projetos pedagógicos que são desenvolvidos e muitos TCC, que são feitos voltados para diagnósticos, para propor encaminhamentos de soluções, projetos de intervenção. (E 27: Diretor)

Hoje eu tenho alunos, eu tenho bolsista de programa de educação pelo trabalho em saúde que é o PET saúde do SUS, eu tenho dois alunos que desenvolvem ensino, pesquisa e extensão nessa unidade, e tenho também rotineiramente, semestralmente na verdade, os estagiários de enfermagem, esse é o link, o maior link. (E 18: Coordenadora da ESF/Preceptora)

A gente tem alguns alunos de prática de disciplinas específicas, saúde da mulher, saúde do idoso, projeto de extensão a gente tem pouquíssimos, hoje não, mas já teve, mas hoje não. (E 20: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Mas, eu acho que é isso, essa ligação eu acho que é mais o estágio mesmo e alguns trabalhos, mas uma coisa bem pontual, quando um aluno faz algo para pesquisa, trabalho de conclusão de curso, acontece muito, tem essa coisa. (E 17: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Além dos elementos de integração já citados, um diretor de IES relata que os preceptores de estágios são contratados pela própria instituição, e dois coordenadores de curso discorrem sobre a importância da supervisão contínua de profissionais das IES nas Unidades de Saúde durante a realização dos estágios na integração entre as Instituições:

Se os preceptores são da rede, eles são contratados pela instituição. Nós não trabalhamos com nenhum tipo de prática supervisionada a nível curricular que não tenha uma responsabilidade pedagógica agregada. Então, eventualmente, alguns hospitais, principalmente hospitais, eles pedem que nós utilizemos os profissionais da casa, nesse caso a gente contrata esses profissionais e obrigatoriamente esses profissionais tem que atender nossos alunos no contra turno. Por norma institucional e legal também, nós não aceitamos que os supervisores, mesmo sendo dos serviços, eles façam a supervisão durante o seu horário de trabalho para aquela unidade. (E 07: Diretor)

Eu acho que a supervisão permanente, eu acho que melhoraria, alguma forma de calibração dos receptores, dos preceptores, profissionais. Eu acho que uma reciclagem desses profissionais, eu acho que melhoraria bastante, para até que eles entendam o papel do aluno tá ali e até eu acho que a questão dessa troca, de intercâmbio, experiência entre o ensino e o serviço que eu acho que isso facilitaria muito. (E 01: Coordenador de Curso)

O primeiro elemento de integração é que tenha um profissional da IES supervisionando esse estágio lá para justamente conduzir a prática profissional dentro do contexto teórico que a instituição presa. Acho que o primeiro elemento seria esse. (E 02: Coordenadora de Curso)

4.2.1.1 “Seria fundamental que nós falássemos a mesma língua”

Para além dos elementos constituintes da integração ensino-serviço, o conteúdo anunciado nas entrevistas apontam avanços e desafios dessa relação. Um dos entrevistados, inclusive, remete à inexistência de interação, esclarecendo:

Primeiro, acho que não tem integração. O que existe é que algumas vezes a academia precisa de serviços para... Nem seria qualificar, porque a academia não qualifica mais nada. Mas, simplesmente porque é uma norma ter um estágio para ganhar o título. Então a academia, e algumas vezes a assistência médica - os serviços médicos – precisam (por falta de pessoal) que algumas vezes a academia forneça um estudante. Um estudante que na realidade não tá qualificado, mas que preencha alguns requisitos para aquilo. Então, eu acho que é isso aí, tá certo?! (E 12: Gestor Municipal de Saúde)

Na perspectiva do entrevistado, a relação estabelecida entre IES e AB se dá por meio de troca de interesses e não se configura enquanto uma interação que valorize a formação qualificada dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, as instituições envolvidas atuariam em prol do cumprimento de rituais burocráticos para titulação de profissionais de saúde (título de graduação) mediante estágios curriculares, os quais são aceitos em unidades de saúde em função da “falta de pessoal” nos serviços de saúde.

Outros entrevistados apontam aspectos positivos da interação ensino-serviço, mediante as possibilidades de contribuição do estágio curricular tanto para o serviço de saúde como para o processo formativo dos profissionais de saúde. Sobre isso, uma entrevistada esclarece:

Na verdade, os alunos vêm sempre. São os estágios. E sempre quando eles vêm eles lançam uma proposta. Cada turma deixa um legado, deixa uma coisa para a unidade. Então sempre tem alguma coisa a acrescentar. (E 23: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Outra entrevistada também salienta aspectos positivos dos estágios curriculares e reflete sobre a configuração da AB enquanto um cenário propício para a interação ensino-serviço. Ela coloca:

O campo de atuação por si já é propício a essa integração e eu vejo isso como um aprendizado muito grande para eles, porque além de ser enfermeira também fui preceptora, sou preceptora e fui ainda mais com meus alunos. Eu buscava fazer a integração da sala de aula com o estágio porque é muito lindo o que a gente vê no papel, mas quando a gente chega na prática é totalmente diferente. Eu digo assim: - O SUS ele é lindo no papel, se todo profissional conseguisse tirar do papel e colocar em prática a gente já teria um grande avanço (E 25: Coordenadora da Atenção Básica)

Em meio a sua análise, a entrevistada contextualiza o estágio enquanto propício para a *práxis*, ou seja, estabelece interfaces entre teoria e prática, fazendo

referência à importância do profissional de saúde enquanto ator social nesse processo de construção de conhecimento contextualizado com a realidade.

Dentre os diversos desafios apontados por profissionais da AB para a melhoria na integração deste setor com as IES, está a necessidade de maior comunicação entre as instituições. Este foi um dos aspectos mais ressaltados. De modo geral, os entrevistados salientaram que as IES precisam pautar suas ações nas reais necessidades de saúde da população. Alguns discursos, abaixo apontados, ilustram essa questão:

Primeiro [seria necessário] que a academia falasse a linguagem da necessidade de saúde da nação, do Estado, do município. A academia fala as suas necessidades. Fala assim: - eu preciso de tal tipo de profissional que tem maior repercussão, maior lucratividade. Eu algumas vezes não tenho as disciplinas que seriam interessantes para qualificar a informação de acordo com a capacidade de oferta da mão de obra no local. [...] E nós não questionamos nada. Ficamos ai. O profissional que vem não sabe quase nada e a gente não questiona, não faz nada. (E12: Gestor Municipal de Saúde)

Eu penso que para melhorar essa integração eles poderiam estar mais próximos e não buscar somente o município para ter campo de trabalho, campo de estágio para os estudantes. [...] A gente começou a buscar isso agora, há mais ou menos seis meses atrás que a gente começou, mas engatinhou e já parou. Então, eles não têm o planejamento para isso, eles não buscam, eles não trouxeram nenhum projeto para isso, a gente que corre atrás por amizade, por intermédio, conhece algum professor e aí solicita essa parceria. Mas assim, projeto oficial, de forma oficial não. (E 06: Coordenadora da Atenção Básica)

Representantes das IES, por sua vez, reconhecem a existência de integração entre ensino e serviços de saúde na AB dos respectivos municípios. Para coordenadores de cursos de graduação e diretores de IES, a integração é efetivada por meio da existência de disciplinas nas grades curriculares que estejam relacionadas a conteúdos teóricos da AB e ao campo da Saúde Coletiva, de modo geral. De acordo com algumas narrativas, a aproximação com o universo da AB se dá em um formato de complexidade crescente, conforme falas abaixo:

Nos cursos de saúde nos primamos pela progressão de complexidade, então esses meninos eles têm aulas primeiro da questão epidemiológica, da questão teórica. E, a partir do segundo ano, as vezes no primeiro semestre eles começam a ter experiência de observação na Atenção Básica. (E 07: Diretor)

A estruturação do currículo, ele é um currículo integrado e complexidade crescente, então a Atenção Básica, ela vai ser contemplada nos estágios iniciais do curso a medida que os alunos vão poder praticar não só intramuros, mas extramuros o atendimento na chamada Atenção Básica, nos postos e Estratégia de Saúde da Família que a gente tem convênio com as instituições. (E 01: Coordenador de Curso)

Apesar da maioria dos profissionais das IES reconhecerem a existência da integração ensino-serviço, os entrevistados esclarecem os diversos fatores que limitam relações mais profícuas entre os setores. Alguns corroboram com a perspectiva de que, dentre os desafios, está a deficitária estrutura de algumas unidades de saúde, bem como encontram-se dificuldades operacionais de deslocamento para unidades de saúde, geograficamente mais distantes, como podemos observar nas falas abaixo:

Nosso maior fator dificultador hoje é o deslocamento. Nós temos boas relações com os gestores, nós temos nossos alunos sendo bem acolhidos nas unidades de saúde, nas secretarias de saúde, nós temos a abertura que normalmente temos buscado. Agora, a nossa grande dificuldade está no deslocamento dos alunos até esses pontos porque temos duas alternativas, ou a gente coloca esse peso do deslocamento sobre o aluno o que para ele muitas vezes inviabiliza porque temos locais distantes ou a gente assume esse peso de deslocamento como instituição o que também fica inviável. Então, a gente tenta dentro do possível trabalhar no raio de atuação que permita com que nós façamos um deslocamento no custo benefício equilibrado, mas hoje o maior fator limitador é esse, é o deslocamento. (E 07: Diretor)

Então, qualquer iniciativa que se tenha no sentido do aluno exercer alguma atividade, ele tem que estar se deslocando para um lugar um pouco mais distante. Como eu disse, é um fator limitador, mas não é um fator impedor porque até hoje, pelo que a gente saiba, nenhum aluno deixou de ir executar os procedimentos por causa disso, mas é claro que se a instituição fosse em uma estrutura mais urbana, tipo Feira de Santana, isso já seria um aspecto menos, mais fácil, talvez até não existisse tanto, mas assim, eu não consigo identificar, além da estruturação geográfica, algum outro fator que possa ser dificultoso e, novamente eu repito, é um fator aparentemente limitador, mas não tem sido impedor, porque os alunos tem conseguido ir de alguma maneira, as secretarias nos tem acolhido muito bem sempre e as instituições também tem sido muito parceiras quando a gente intenciona alguma coisa nesse sentido. (E 09: Coordenador de Curso)

Mas, precisamos também que o serviço público ofereça instalações e um ambiente que seja adequado, tanto para o ganho de experiência como também para a formação desse aluno como profissional definitivo. (E 04: Coordenador de Curso)

Eu acho que as vezes o que dificulta, não digo nem o estreitamento da relação, mas assim, o que dificulta um pouco, o estágio, o aprimoramento do estágio, por exemplo, a estrutura física da unidade, as vezes são esses fatores que dificultam um pouco. (E 23: Coordenadora da Atenção Básica)

Além disso, também foram citadas a dificuldade de diálogo entre IES e gestores de saúde e a dificuldade de estabelecimento de parcerias, especialmente para as instituições privadas, conforme podemos observar nos discursos dos entrevistados quando questionados sobre a existência de fatores limitantes para a integração ensino-serviço:

Sim, principalmente porque nós somos uma instituição particular, privada e, porque nós não temos um acesso direto a convênios e precisamos também de certa flexibilidade até política e de bons contatos com a rede pública para oficializar. Não acho que é totalmente impossível e as instituições públicas estão também abertas a esse tipo de convênios. Então, temos essa facilidade, mas isso já nos coloca numa certa mesa de negociações para fazer esses convênios. (E04: Coordenador de Curso)

Mas, o que eu acho que precisa ainda para que o trabalho seja bom é o diálogo entre a instituição, tanto a instituição de ensino quanto a instituição como a secretaria de saúde, precisando falar a mesma língua. (E 22: Coordenadora da ESF/Preceptora)

No que tange o estabelecimento de parcerias, problemas relacionados às questões político partidárias também foram citados. Sobre isso, vale salientar que alguns coordenadores de cursos não souberam opinar por estarem coordenando cursos novos, o que os impediriam de avaliar tais interações.

O problema político é muito grave, existe uma mentalidade sobre política, política não de Estado, mas muito partidária, é muito pessoal, são políticas de governo e, quando um termina o seu ciclo e aí é muito complicado isso e, isso tem causado problemas muito grande para gente enquanto instituição de ensino superior, nós sentimos essa dificuldade. (E27: Diretor)

Ainda não pude observar por conta do andamento mesmo do curso, acho que só vou poder justamente responder isso aí, as dificuldades e tudo a partir do quarto semestre. (E02: Coordenadora de Curso)

Na verdade, ainda não sei te dizer isso porque ainda não passei por esse momento de fechar parcerias, não tenho essa resposta para ti. (E03: Coordenador de Curso)

Além dos problemas relacionados às questões político partidárias, a fragilidade dos vínculos dos profissionais atuantes nas unidades de saúde é vista, tanto pelos profissionais das IES quanto da AB, como um desafio para que haja melhoria na integração entre as instituições.

Agora, o maior problema é o vínculo frágil dessas profissionais, então, de quatro em quatro anos a gente tem mudança de todo o quadro e

anualmente pode ter também, então, a gente procura está dizendo ao gestor tenha muito cuidado quando você vai desligar do município uma preceptora de estágio, porque ela dar uma nota a este aluno. (E29: Coordenadora de Curso)

Essas quebras também de vínculo para o ensino dentro da instituição é um problema que precisa ser pensado, porque os profissionais de saúde, os profissionais de unidade de saúde, ele as vezes não tendo vínculo efetivo e aí você trabalha muito lindo durante 04 anos, quando a gestão muda isso acaba quebrando. Então, essa quebra para o aluno, na minha concepção isso acaba atrapalhando. (E 17: Coordenadora da ESF/Preceptora)

As dificuldades em torno do estabelecimento de parcerias podem ser observadas também no discurso dos profissionais da AB, quando refletem sobre a existência de convênios interinstitucionais relacionados com a Educação Continuada. De modo geral, os entrevistados enfatizam a inexistência de convênios voltados para seus processos de qualificação. Os profissionais que não referiram inexistência também não tinham informações a respeito, o que também remete a uma fragilidade da comunicação entre as instituições e seus atores sociais. A entrevistada se coloca:

Convênio isso aí seria melhor você está perguntando para o CIES, porque assim, eu tenho 06 meses aqui, todas as capacitações, todos os cursos que obtive foi através de buscas minhas na internet, eu não tive assim. Da UFRB eu tive até alguns só que não foi o CIES quem direcionou, foi eu que busquei através de pessoas que eu conheço da UFRB. Não sei a história da realidade de cada um, dos outros coordenadores, mas a minha realidade é essa. As capacitações que eu obtive foi através da minha busca. (E 25: Coordenadora da Atenção Básica)

Dentre os motivos para a dificuldade de comunicação, a forma de atuação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) e, inclusive, sua desestruturação, é criticada e apontada enquanto um desafio por alguns entrevistados, conforme o que é descrito abaixo:

Assim, a gente estava, a gente já teve a coordenação de integração ensino serviço que é o CIES muito bem organizado aqui no município. Eu falo Santo Antonio porque é o município um dos maiores da região. Depois, na última gestão a gente teve realmente uma desestruturação dessa coordenação e aí a gente ficou meio perdido, porque assim, toda a parte de organização de práticas e de estágios na rede de atenção ela ficou bastante desestruturada, então a gente teve as mudanças, problemas técnicos e problemas políticos. (E29: Coordenadora de Curso)

Eu acho que a relação do CIES com a UFRB, ela precisa melhorar e melhorar muito, principalmente nessa parte do diálogo. Eu acho que a gente precisa ter um diálogo bom, com entendimento. Acredito também, que para que isso aconteça, é preciso que as duas partes elas tenham conhecimento

do que é o serviço, a educação em saúde, o que é a saúde de fato, para a gente não tá se perdendo. (E 17: Coordenadora da ESF/Preceptora)

4.2.1.2 “Reformas curriculares como possibilidade de integração IES e AB”

Além da melhoria nos processos de comunicação, alguns discursos também apontam reformas curriculares como uma possibilidade de fomentar a interação entre IES e AB. A necessidade de mudanças nos processos de formação, na perspectiva dos profissionais da AB, muitas vezes tem, como base, a própria experiência de formação superior, o que varia, principalmente, de acordo com a época de formação e instituição.

De acordo com alguns entrevistados, os modelos de formação predominantes em suas respectivas instituições de ensino podem ser caracterizados a partir de palavras e expressões como “totalmente tecnicista”, “não teve nada disso [Atenção Básica]”, “curativa”, “ambulatorial”, “eu via muito hospitalar”. Tais características refletem o modelo de formação em saúde hospitalocêntrico, ainda hegemônico no cenário nacional, e que vem configurando um desafio para o modelo de atenção voltado para promoção da saúde. Os discursos abaixo contextualizam as palavras e expressões supracitadas:

Nunca foi, nunca. Isso sempre foi um sonho nosso há 43 anos atrás. Eu me lembro quando eu participei de, era o sistema nacional, sistema nacional de saúde, não era o sistema único, era o sistema nacional, que a gente discutia na época da vigilância, na época da não era saúde coletiva, era medicina preventiva. Naquela época a gente discutia essa questão, que ela fosse importante isso. Mas, infelizmente, nunca foi, nem a universidade tem uma grade compatível com o desejo da população. Infelizmente, nós médicos não conseguimos nada disso. Essa é uma decepção que vai ser a sua também. (E 12: Gestor Municipal de Saúde)

Eu via muito a nível hospitalar, só que minha paixão pela Atenção Básica não permitiu que eu seguisse esse fluxo. A matriz curricular era mais voltada para rede hospitalar, embora a gente tenha dado muito SUS, entendeu? Muitos procedimentos de SUS, de Atenção Básica, vigilância, tudo isso. Mas, a gente caracteriza que era mais hospitalocêntrica. (E21: Coordenadora de ESF/Preceptora)

O conteúdo das entrevistas apresentou uma diversidade de experiências no processo de formação. Para alguns entrevistados, havia integração entre a grade curricular, em seus períodos de formação, e os pressupostos ideológicos do SUS,

ainda que em diferentes intensidades. Para outros, as experiências que viveram na formação eram interpretadas como mais amplas, contemplando perspectivas hospitalocêntricas, bem como as mais voltadas para saúde comunitária. Assim, outros enunciados apontam para um “equilíbrio” nas prioridades das grades curriculares.

Na minha, que foi ótima, [...] eu vi tanto para unidade hospitalar -eu fiz meu estágio na emergência do HGE, sai preparada para trabalhar na estrutura do hospital e também na unidade de saúde da família. [...] O aluno precisa querer e eu sair de lá preparada para assumir minha unidade. Eu nunca precisei que ninguém me acompanhasse, na verdade eu já sair de lá e eu não queria, para ser coordenadora. Formei dia dois de fevereiro e dia quatro eu tava trabalhando como coordenadora de Atenção Básica em São Miguel. Coordenei um ano em São Miguel, mas eu gosto da assistência, assistência me dá mais prazer. (E 22: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Mesmo diante do cenário descrito, alguns dos coordenadores de cursos e diretor de IES defendem a não necessidade de reformas curriculares, argumentando que os currículos atuais atenderiam aos objetivos de integração com os serviços básicos de saúde.

O curso de odontologia como já é um curso mais novo, ele já foi pensado bastante nessa parte aliando o profissional da odontologia com a Atenção Básica. O curso de fisioterapia é um curso mais novo ainda, então ele já está bem, não passamos por nenhuma reestruturação. É claro que isso é dinâmico, as coisas podem acontecer, mas o curso que nós passamos mesmo por algumas mudanças da estrutura curricular foi o de enfermagem. Nutrição também é um curso novo, que já está bem voltado pelo menos para o que a gente imagina na atualidade, no momento. (E27: Diretor)

Não [houve reestruturação], porque de alguma forma o currículo ele já contempla pelo seu caráter desde a criação do curso, até por força, razões institucionais ele não foi reconhecido ainda só autorizado, então a gente achou por bem não fazer nenhuma mudança, até porque o curso ele já contempla de alguma forma essa integração. (E01: Coordenador de Curso)

A partir da formação da primeira turma, a gente começou uma análise do currículo e, já tem um ano e meio que a gente está com esse procedimento e, estamos em fase final dele. No sentido específico da Atenção Básica, eu não lhe diria que houve assim um interesse particular nesse sentido. (E09: Coordenador de Curso)

Salienta-se que, dentre os entrevistados, quatro referem o fato de coordenarem cursos novos como o fator que inviabiliza a reestruturação de currículos e a afirmação [ou não] da necessidade de reforma, uma vez que os mesmos ainda não foram devidamente experimentados. Além disso, em decorrência

de questões burocráticas junto ao ME deve-se manter a grade curricular proposta para abertura dos cursos até o devido reconhecimento do mesmo pelo poder executivo federal.

No momento não, só pode fazer qualquer mudança depois de quatro anos, depois da primeira turma né! (E02: Coordenadora de Curso)

Não [ocorreu reestruturação], porque o curso é novo. (E03: Coordenador de Curso)

Em meio à diversidade de opiniões, há os que estão em processo de reestruturação curricular e veem tal processo como uma necessidade para constante adequação às demandas da sociedade no que tange a saúde pública. Nesse sentido, a reforma também é vista como um processo de constante possibilidade de acompanhamento das transformações sociais.

Dentre as mudanças apontadas nas grades curriculares, a maioria foi relacionada ao aumento de carga-horária de disciplinas ligadas à Saúde Coletiva. Outras salientavam a organização das disciplinas de modo a proporcionar uma aproximação processual junto à AB a partir das disciplinas. Nesse caso, já nos primeiros semestres dos cursos, os estudantes teriam algum tipo de contato com a AB e este contato seria intensificado no decorrer dos anos de graduação com culminância no ECS.

Menina, primeiro nós temos meio a meio, a carga horária tanto hospitalar, nós tínhamos uma ênfase em enfermagem bem mais hospitalar tinha, eu mesmo fui totalmente hospitalar. Hoje só em vê a grade em que carga horária de saúde coletiva em comparação é meio a meio, eu acho que tem uma interação muito grande já. Eu acho que já responde ai, tem trabalhado muito hoje, desde muito cedo, desde o 4º período já começa trabalhar com a formação para o SUS, eu acho. (E08: Coordenadora de Curso)

Quando a gente tinha a matriz curricular de quatro anos ai a gente só tinha Saúde Coletiva I e II e ai a gente quando aumentou a matriz curricular a gente acrescentou Saúde Coletiva III e Gestão na Rede Básica a gente aumentou a carga horária, que era 40 passou para 60 horas, a gente fez essa reestruturação. (E28: Coordenadora de Curso)

Nós temos, o contato com a Atenção Básico ele começa logo no 2º semestre com a disciplina Educação em Saúde e Políticas de Saúde também que eles já começam a ter esse contato, começam a fazer visita, a conhecer as unidades de saúde. Depois eles vão para Saúde Coletiva I, onde trabalham territorialização, toda aquela parte inicial de agentes comunitários de saúde, depois eles têm Saúde Coletiva II onde eles conhecem os programas todos, todas essas disciplinas, exceto Políticas de Saúde, tem carga horária teórica e carga horária prática. Depois eles dão a

disciplina Planejamento I, que é aquela disciplina que vê gestão, toda aquela parte de gestão em saúde e aí, por último eles fazem estágio supervisionado I, onde eles ficam quase 159 horas nas unidades de saúde assumindo gerenciamento da unidade de saúde. Então, é esse itinerário que eles fazem dentro da Saúde Coletiva e da Atenção Básica. (E29: Coordenadora de Curso)

Outros pontos, como a necessidade de investimentos em educação continuada por parte da academia, a maior criação de vínculo e o envolvimento com as unidades de saúde, e maior tempo de estágio, também foram bastante referidos enquanto um desafio:

Eu acho que nessa gestão houve falhas nessa integração principalmente a questão da comunicação, eu acho que isso vai ser, todo mundo vai falar em relação a isso, que realmente a gente não tem uma boa relação, não com a pessoa do CIES, mas com o CIES em si. Não tem uma comunicação com a AB, com a coordenação da AB, nem com as unidades, as vezes os estudantes eles já vão para as unidades sem ter uma conversa antes com o profissional que está lá, muito menos com a gente, nada passa pela Atenção Básica, tudo já vai com a cartinha direto para as unidades, não existe meio de comunicação. Eu acho que o ideal mesmo para ter essa integração é a comunicação, reuniões periódicas com a universidade e com os profissionais, isso falta muito, deixa a desejar. (E 24: Coordenadora da AB)

Eu acho que o tempo de estágio deveria ser maior realmente. Eles passam pouquíssimo tempo. Porque na verdade eles passam em média dois meses e meio, três meses e, agente sabe que tem momentos, tem meses na unidade que é pouco fluxo, a gente não vê de tudo, principalmente a Atenção Básica. A hospitalar tudo bem, você vê muita coisa, mas na Atenção Básica realmente se você escolher o mês, entre aspas, errado, você não tem tanto conhecimento, vamos dizer. (E21: Coordenadora da ESF/Preceptora)

Para os entrevistados, a “abertura de portas” dos municípios para realização de estágios também seria um fator contributivo para a interinstitucionalização. No que tange as possibilidades das reformas curriculares, entrevistados referem uma demanda por aproximação dos estudantes com a saúde pública no início dos cursos, não só no final, como geralmente ocorre. Isso favoreceria a criação de vínculos e realização de projetos em parceria, contribuindo para maior envolvimento das instituições. Nessa perspectiva, cabe salientar a reforma curricular descrita pela representante de uma das instituições, que apresenta “uma reestruturação mais radical”. De acordo com uma coordenadora de curso:

Esse currículo que a gente tem atualmente foi reestruturado do primeiro - o curso inicial. Agora a gente está em nova reestruturação porque o curso ele

está mudando e a gente tem dois semestres que a entrada do curso é via Bacharelado Interdisciplinar. Então, o aluno entra, ele vai fazer três anos no Bacharelado e ele faz a terminalidade em enfermagem, então, ele já entra no primeiro semestre do Bacharelado tendo contato com a Atenção Básica em uma disciplina que é Apropriação da Realidade I, no Bacharelado tem Apropriação da Realidade I, II, III, IV e V, então ele vai todo o caminho do Bacharelado fazendo o contato com a Atenção Básica. Nessa reestruturação tem muito mais contato com a Atenção Básica de Saúde, depois ele já vem para a terminalidade em enfermagem onde ele continua fazendo um componente que é Saúde Coletiva, depois ele faz Planejamento e faz o Estágio Supervisionado I que ainda aumenta a quantidade de horas porque o currículo ele aumentou um pouco a carga horária, então vai para 506 horas a carga horária de Estágio Supervisionado I nas unidades de saúde. Foi uma reestruturação bem radical do currículo. (E29: Coordenadora de Curso)

Conforme apresentado, a reforma curricular, brevemente descrita, implica na aproximação dos estudantes junto à AB, desde o início do curso. Tais aspectos são vistos de modo positivo por profissionais que veem a aproximação com a comunidade acadêmica como oportunidade de aprendizado em meio ao processo formativo dos estudantes. A interlocução de saberes é apontada como enriquecedora por profissionais, uma vez que também contribui para a “atualização” de trabalhadores formados há mais tempo.

5 DISCUSSÃO

Diversos estudos sobre formação e capacitação de recursos humanos para o SUS tem sido observados na literatura vigente (GIL, 2005; ALMEIDA; FERRAZ, 2008; PEDUZZI et al., 2013), porém existe uma escassez de estudos sobre a direcionalidade e estrutura dos currículos dos cursos de saúde, principalmente no que se refere aos seus conteúdos diante do preconizado pelas DCN.

Dessa forma, neste estudo foi realizada uma análise documental das MC de cinco cursos da área da saúde de três IES no Recôncavo Sul Baiano. Essa análise propiciou uma melhor compreensão do tema e, corroborou para evidências coletadas através das entrevistas realizadas com os profissionais das IES e da AB.

O ECS passou a ser obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde a partir de 2001, podendo ser desenvolvido em diferentes ambientes, como hospitais, unidades de saúde, comunidade e ambulatorios. Além dessa recomendação, é necessário que as atividades de estágio devam corresponder a 20% do total da carga horária do curso, devendo ser executado nos dois últimos períodos do curso para que o conhecimento adquirido ao longo da graduação seja experienciado na prática (COLLISELLI et al., 2009).

Todavia, conforme apontam Silva et al. (2012), embora exista a exigência de cumprimento de pelo menos 20% da carga horária total com estágios, as DCN preveem que as instituições tenham flexibilidade para definição de carga horária mais condizentes com suas propostas pedagógicas. Portanto, foi observado neste estudo que os cursos (Quadro 8), em sua maioria, não cumprem com as normas recomendadas pelas DCN, de manter no mínimo 20% da carga horária total do curso para os ECS.

Em face do comparativo entre as MC das IES estudadas, observa-se que a maior semelhança entre os cursos está no de Enfermagem. No curso de Odontologia, uma das IES possui carga horária de ECS notadamente superior, além de contato mais precoce com o estágio na AB. No curso de Nutrição, há semelhança da carga horária de ECS, mas uma das IES tem o contato mais precoce com o estágio na AB. Nos cursos de Psicologia e Fisioterapia, uma das IES possui carga horária de ECS superior, porém apenas uma IES com o curso de Psicologia

especifica atividade prática no oitavo semestre, já as demais não especificam atividade prática nas disciplinas relacionadas a AB.

Diante desses resultados, apesar das MC terem disciplinas com foco no cuidado do indivíduo em toda a sua dimensão, observa-se ainda um predomínio do cuidado das doenças e dos aspectos fisiológicos. Segundo Silva e Santana (2015), essa relação com predomínio da assistência curativa demonstra a dicotomia entre os conteúdos das disciplinas e as recomendações das diretrizes curriculares, onde a formação profissional continua focada na demanda espontânea e na busca do tratamento de doenças. Esta característica privilegia um modelo de prática hospitalocêntrica e especializada, com tendência à privatização, que, dificilmente, irá favorecer uma formação voltada às necessidades sociais e de saúde da população.

Para Erdmann et al. (2009), as mudanças curriculares não têm causado alterações na mentalidade dos graduandos. Além disso, as propostas inseridas no PPP dos cursos da área da saúde, voltadas à formação profissional e à atuação no SUS, não tem tido o efeito esperado, uma vez que ainda predomina o tecnicismo e biologização dos conteúdos de maneira significativa na formação. Apontam ainda que há muito que se avançar nas mudanças da estrutura curricular dos cursos da saúde para que a formação profissional seja direcionada para a atenção integral e para a consolidação do SUS.

Corroborando com os autores acima citados, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que as DCN são referenciais na organização das matrizes curriculares dos cursos e representam elementos de mudanças para uma maior aproximação com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, reforçam a ideia de que as escolas possuem autonomia através das LDBEN, tendo as diretrizes curriculares apenas como indicativo de organização curricular.

Entretanto, uma reflexão sobre o atual cenário do ECS se faz necessária, de forma que essa autonomia na montagem do currículo por parte das IES não corrobore para que o estágio no serviço público de saúde seja concebido como mais uma aula prática durante a vida acadêmica dos discentes. Deve ser vista como uma oportunidade para que os mesmos apliquem o conhecimento científico, assim como as suas competências e habilidades adquiridas na academia em prol da qualidade dos serviços prestados e da resolutividade no SUS.

Alguns autores argumentam que, para que os programas de graduação possam deslocar o seu eixo de formação centrado basicamente na assistência individual e hospitalocêntrica para um processo formativo contemporâneo e mais contextualizado, é preciso considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, sendo necessário um maior estreitamento das relações entre IES e AB, as quais deveriam trabalhar de uma forma sinérgica e articulada (ALBUQUERQUE et al., 2008; PEREIRA et al., 2009; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016). Neste sentido, esta relação interinstitucional foi analisada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais das IES e AB no Recôncavo Sul Baiano, buscando investigar os fatores que pudessem dificultar ou favorecer o estreitamento dessa relação.

A integração ensino-serviço é a articulação do trabalho realizado por gestores e trabalhadores das equipes de saúde, professores dos cursos da área da saúde e estudantes, através de ações integradas e com o objetivo de desenvolver atividades em benefício da qualidade da atenção dispensada aos usuários, bem como a formação profissional com competência e realização profissional (ALBUQUERQUE et al., 2008).

De acordo com os discursos apresentados nas entrevistas, entre os elementos que caracterizam formas de integração entre as IES e AB, profissionais tanto da AB quanto das IES citaram os ECS como principal elo entre instituições. Os ECS representam uma estratégia de reorientação na formação de futuros profissionais como mecanismo de melhorias das atividades de cuidado em saúde, através do enriquecimento da prática clínica. Com isso, o estágio favorece a aproximação entre IES, serviço e comunidade, o desenvolvimento curricular, bem como momentos de reflexão como propulsor de soluções para os reais problemas de saúde da comunidade e espaço de construção e trocas entre estudantes e profissionais do serviço (ALVES et al., 2012).

Em estudo realizado por Leme et al. (2015) há uma discordância com relação a importância dos estágios para formação profissional, em que alguns alunos discorrem que os estágios são vistos como atividades paralelas e que atrapalham a realização das atividades que são desenvolvidas na clínica da própria faculdade. Segundo os autores, esse fato pode estar atrelado à pequena carga horária do estágio extramuros, o isolamento curricular, o desinteresse dos docentes não

pertencentes a área da saúde coletiva em participarem desses estágios, e a uma menor valorização do estágio no âmbito do SUS no currículo acadêmico, o que, possivelmente, faz com que o aluno não o assuma como parte do ciclo de formação. Em adição, os mesmos associam o ECS a uma atividade isolada das disciplinas de saúde coletiva, atrelada à visão reducionista, reforçada pela extensa carga horária das atividades práticas intramuros.

Além dos ECS, na visão da maioria dos entrevistados neste estudo sobre a relação IES e AB, foi citada a necessidade de implementação de ações voltadas para a educação continuada, nas quais as IES possam atuar como facilitadoras do processo de aperfeiçoamento e atualização, através de cursos destinados aos profissionais da AB que atuam como preceptores de estágios. A partir desse contexto, corroborando com a opinião dos entrevistados, um estudo sobre a integração entre uma faculdade e uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) evidenciou nas falas dos entrevistados a inexpressiva contribuição da IES verificada nessa relação para a educação permanente e satisfação dos profissionais das equipes de saúde (MARIN et al. 2014).

Para Silva e Peduzzi (2009), a educação continuada deve ser concebida como a implementação de ações de atualizações de conhecimentos, treinamentos e reciclagens, e não atividades pontuais que utilizam metodologias tradicionais. Com isso, as atividades diárias dos trabalhadores da saúde deveriam desencadear e difundir o aprimoramento prático e científico em ações educativas atreladas à execução do serviço, que passaria a ser visto como um campo coletivo, e não apenas voltado a áreas específicas ou individualizadas.

Diante do exposto, a Política de Educação Permanente assume o papel de fomentar a articulação entre as possibilidades de desenvolver o aperfeiçoamento dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a). Barreto et al. (2011) atentam para o fato que essa integração ensino-serviço só será possível quando a equipe de saúde da família ou preceptores estiverem motivados e engajados na educação permanente de si próprios e dos graduandos em saúde. Para isso, políticas de profissionalização e valorização de preceptores devem ser desenvolvidas no contexto da educação em saúde (AFONSO; SILVEIRA, 2012).

De acordo com os entrevistados, dentre as formas de integração, além da realização de aulas práticas ligadas a disciplinas específicas e parcerias para realização de TCC, também foi citado o programa PET-Saúde. Este programa se apresenta como uma estratégia do Pró-saúde (política do MS em parceria com o ME) para instituir mudanças na formação de nível superior. Sua proposta tem, como meta principal, a redução da defasagem entre o ensino e a realidade em saúde, sendo um dos problemas na formação em saúde no Brasil (GIOVANELLA, 2012). Lima e Rozendo (2015), ao avaliarem os impactos dessa estratégia através da visão dos preceptores do PET-Saúde, observaram que o exercício da preceptoría no Pró-PET-Saúde contribuiu para a integração ensino-serviço e para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, favorecendo o (re)conhecimento do trabalho do outro. Ao mesmo tempo, o Pró-PET proporcionou aos preceptores, pela presença do discente no serviço, a oportunidade de repensarem as práticas, tanto técnicas quanto pedagógicas.

A parceria IES e AB, através do PET-Saúde, proposta pelos entrevistados é considerada por Closset al. (2013). Os autores ressaltam a relevância da implementação de projetos integrados entre a universidade e a rede de serviços de saúde na construção de inovações assistenciais, viabilizadas através de espaços coletivos de reflexão, planejamento e pesquisa. Proporciona, assim, a qualificação profissional mediante a convivência e a troca de conhecimentos entre professores e alunos da graduação e profissionais da saúde. Estes, por sua vez, irão motivar o desenvolvimento da pesquisa, construída coletivamente por docentes, discentes e profissionais da rede de saúde, produzindo, portanto, conhecimentos que subsidiem a qualificação das ações desenvolvidas tanto pelo PET-Saúde quanto pelos serviços de AB nos distritos docentes-assistenciais.

Em nosso estudo, as IES demonstraram vinculação diferenciada com os preceptores, os quais, em sua maioria, eram especialistas em sua área do conhecimento. Além disso, duas IES atuam com preceptores da própria instituição executora (unidades de saúde), e uma destina preceptores que possuem vínculo com a própria instituição formadora. Por sua vez, essa modalidade de vínculo está prevista nas normas brasileiras. Segundo BRASIL (2012c), o desenvolvimento da atividade de preceptoría pode ser realizado tanto por um profissional com vínculo com a instituição formadora quanto com a instituição executora. Porém, é necessário

que o profissional tenha uma formação mínima de especialista para que possa desempenhar a supervisão direta de atividades práticas dos estudantes sob sua responsabilidade.

Dias et al. (2015), em um estudo que avaliou a percepção e o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das funções de preceptoria, trouxeram a importância em reconhecer a necessidade de um trabalho conjunto entre coordenadores de curso e os coordenadores técnicos da unidade, assim como entre os preceptores e docentes, voltados a qualificar os profissionais para a execução da atividade de preceptoria. Uma das formas citadas para melhoria na atuação como preceptor é a capacitação pedagógica, que possibilita também maior integração entre ensino e assistência.

No que tange a relação IES x AB, apesar do estágio, como elemento desta interação, ter sido compreendido como uma alternativa para falta de recursos humanos nos serviços de saúde pública e mais um rito burocrático para a IES, a maioria dos entrevistados deste estudo considerou a atividade do estágio como fator contribuinte para a melhoria do serviço e formação profissional. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que investigaram as contribuições que a parceria universidade-serviço de saúde proporcionam aos alunos em formação, em que grande parte dos seus entrevistados afirmam que o estágio é mais que uma aprendizagem prática (ALVES et al., 2012; BREHMER; RAMOS, 2014).

Além disso, o estágio se constitui também em um espaço de desenvolvimento de competências interpessoais importantes para a vida pessoal e profissional, com repercussões significativas para sua qualidade de vida e para a população que é alvo de sua escolha profissional (LOPES; LIMA, 2012). Observa-se, contudo, que ainda é necessário que ocorra a superação de algumas fragilidades, tanto pelas IES quanto no processo organizacional dos serviços de saúde, priorizando uma inserção da academia no campo prático que possibilite uma formação profissional mais humanizada e com foco nas reais necessidades de saúde da população, o que contribui com o cumprimentado princípio da integralidade (KUABARA; TONHOM; MARIN, 2016).

Por outro lado, Brehmer e Ramos (2014) alertam para o fato de que, no contexto de algumas realidades, os objetivos da integração entre IES e AB são delimitados considerando apenas interesses unidirecionais, e, com isso, ocorre o

comprometimento dessa relação, uma vez que a integração deve abarcar as responsabilidades pactuadas entre as áreas da educação e saúde. Diante dessa situação, o processo, que deveria ser de parceria, fica comprometido, mediante a apropriação de interesses de apenas uma das instituições.

Neste estudo, com relação aos desafios apontados pelos profissionais da AB para a melhoria na integração entre ambas as instituições, a necessidade de maior comunicação entre estas foi um dos aspectos mais citados. De forma geral, os entrevistados evidenciaram que as IES precisam direcionar suas ações para as reais necessidades de saúde da população. Tal necessidade também foi observada em um estudo conduzido por Azevedo, Hennington e Bernardes (2016), no qual foi relatado o conflito nas relações entre docentes e trabalhadores da saúde. Em tal estudo, estes profissionais da saúde reclamam sobre a posição da universidade no serviço, que não considera os trabalhadores, e prioriza apenas os objetivos da academia, com maior enfoque na pesquisa em detrimento do cuidado. Em contrapartida, a academia solicita que os profissionais atuem na supervisão dos alunos sem a presença efetiva do docente, e consideram que os profissionais se preocupam mais com produtividade e possuem pouco envolvimento na educação permanente.

Nesse sentido, Vasconcelos, Stedefeldte Frutuoso (2016) fazem uma reflexão acerca da necessidade do diálogo entre os atores envolvidos no processo de formação e integração ensino-serviço, pois a universidade, ao inserir os discentes nos cenários da prática, convoca a uma postura diferenciada. A presença do “aprendiz” faria emergir a complexidade do cuidado, que exige não somente elementos técnico-científicos, mas, também, uma mobilização afetiva diante de realidades adversas, e, muitas vezes, marcadas pela violência, pela pobreza e pela vulnerabilidade.

A existência de disciplinas nas grades curriculares que estejam relacionadas à AB também esteve entre os desafios citados pelos entrevistados para uma maior integração interinstitucional. Nessa perspectiva, Oliveira et al. (2010) avaliaram um curso de graduação em Medicina, que tem como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela população e identificadas pelo setor saúde. As metodologias aplicadas no decorrer do curso privilegiaram a participação ativa do discente na edificação do saber e a integração entre os

conteúdos, além de incentivar a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Os resultados demonstraram que, desde os semestres básicos até os mais avançados, os estudantes percebem e avaliam a inserção das disciplinas da saúde coletiva no currículo do curso como de suma importância no processo de formação de profissionais de saúde, com uma visão mais holística e integradora.

Apesar da maioria dos profissionais das IES reconhecerem a existência da integração ensino-serviço, alguns entrevistados citaram diversos fatores que limitam relações mais próximas entre os setores. Nesse segmento, autores corroboram com a perspectiva de alguns dos profissionais da AB, apontando, entre os desafios, a deficitária estrutura de algumas unidades de saúde. Em um estudo realizado por Trajman et al. (2008), um dos pontos negativos com relação a atividade de preceptoria foi a dificuldade na infraestrutura, tanto com relação ao espaço físico quanto a questão dos recursos insuficientes. Sobre esse assunto, Pizzinato (2012) aborda sobre a necessidade de melhoria dos espaços físicos, bem como a disponibilidade de materiais de consumo e equipamentos de forma contínua como requisitos para que haja adequação da infraestrutura da rede de atenção à saúde. Nessa sequência, o estudo de Almeida et al. (2012) relata que o déficit na infraestrutura é prejudicial no diálogo entre alunos, professores e profissionais, o que implica também no processo ensino-aprendizagem que é construído a partir dessa relação.

Além dos problemas estruturais, também foram citados pelos entrevistados os problemas relacionados às questões político-partidárias e a fragilidade dos vínculos dos profissionais atuantes nas unidades de saúde, que é vista, tanto pelos profissionais das IES quanto pelos da AB, como um desafio para que haja melhoria na integração entre as instituições. De forma similar, diversos autores apontam que a influência político-partidária está entre os principais fatores que podem influenciar diretamente no estabelecimento de vínculo entre a equipe e a comunidade, e, conseqüentemente, na consolidação do modelo de atenção à saúde e no alcance de resultados positivos (MEDEIROS et al., 2010; FERNANDES et al., 2012; GIOVANI e VIEIRA, 2013).

Em adição, de acordo com Medeiros et al (2010), as equipes da ESF são vistas por agentes políticos como meios de projeção pessoal com fins político-

partidário, sendo o vínculo empregatício precário utilizado como instrumento de controle sobre a equipe. Os autores defendem que o principal elemento de permanência dos profissionais no serviço seja o concurso público, seguido da estabilidade de vínculo trabalhista oficial através de carteira assinada. Além disso, ressalta que a contratação por cooperativa é considerada pelos profissionais como negativa por não trazer perspectiva de desenvolvimento pessoal (plano de carreira), além de deixá-los desassistidos em caso de doença, demissão ou gestação.

De forma complementar, Rodrigues, Pereira e Sabino (2013), em um estudo que propõe medidas para diminuir a rotatividade de médicos e de enfermeiros na ESF, sugerem estratégias de planejamento e execução de medidas por parte da gestão municipal para minimização desta rotatividade, como, por exemplo, capacitações profissionais, revisão dos ganhos salariais dos profissionais e criação de consultoria interna visando intermediação de possíveis conflitos.

Ainda em relação às dificuldades em torno do estabelecimento de parcerias, pode ser observada, no discurso dos profissionais da AB entrevistados por este estudo, inexistência de convênios interinstitucionais relacionados à educação continuada voltados aos seus processos de qualificação, além da falta de investimento em educação continuada por parte da academia para capacitação permanente dos profissionais que atuam como preceptores de estágio, e a forma de atuação da CIES.

Este cenário é corroborado por Trajman et al. (2008), que afirmam que um número expressivo de profissionais da rede básica ainda não tem oportunidade de realizar cursos de especialização em saúde coletiva ou voltados para a formação do perfil generalista. Isso vem a ser um agravante quando esses profissionais recebem graduandos para realização dos estágios curriculares em seus locais de trabalho. Em consonância com o exposto, Miranda (2014), ao avaliar a ação da CIES no estado na Bahia, observou que a mesma possui uma fragilidade na sua implementação, apresentando dificuldades para transformar suas proposições em ações. Constatam também a falta de representatividade de trabalhadores e usuários do SUS e a sua inserção na coordenação colegiada da CIES BA.

Este recorte de realidade norteia a discussão sobre o assunto para a necessidade das IES priorizarem a formação dos preceptores, seja através das funções de ensino, seja pela relação de atualização profissional. Esta deve ser a

principal contrapartida das universidades em relação aos convênios firmados com as SMS. Igualmente, por lei, é função da CIES acompanhar, de forma sistemática, os projetos de integração propostos pelas instituições formadoras com as Secretarias Municipais, buscando reduzir a distância entre suas ações no âmbito do SUS (TRAJMAN et al., 2008).

No que se refere às possibilidades de integração IES e AB, além da melhoria nos processos de comunicação, alguns entrevistados também apontaram as reformas curriculares. Com relação a isso, na literatura, se evidencia um intenso debate sobre a necessidade de mudanças curriculares em prol da mudança na formação profissional em saúde (SANTOS, 2006; PEREIRA; LAGES, 2013).

A opinião dos nossos entrevistados foi bastante diversificada com relação à proposta de mudanças curriculares. Alguns profissionais das IES relataram que as matrizes utilizadas nos cursos já foram construídas com base no novo modelo assistencial-hospitalocêntrico. Outros expuseram opiniões divergentes, esclarecendo a necessidade de mudanças constantes, que acompanhem as reais demandas da sociedade.

Gomes e Rego (2011) corroboram com a necessidade de reestruturação dos currículos a partir da introdução da aprendizagem baseada em problemas, além da necessidade de inserção do graduando no serviço de saúde e na comunidade desde o início do curso. Discorrem ainda que, apesar do MS desempenhar o papel de ordenador da formação de recursos humanos para a saúde, ainda assim, enfrenta a pouca disponibilidade de profissionais generalistas preparados para o atendimento humanizado e resolutivo à comunidade. Em adição, Mourão e L'Abbare (2011) abordam diferentes posicionamentos com relação as reformas curriculares. Entre eles, alguns docentes entrevistados insatisfeitos com os métodos de aprendizagem mais tradicionais, outros que aderem as mudanças influenciadas por líderes que estão executando a reforma e, os que não aderem por resistência ou insegurança de mudanças ou simplesmente por estarem habituadas a métodos de ensino tradicionais.

Além da introdução precoce dos estudantes no âmbito da saúde pública, entre os desafios apontados, os entrevistados referiram a necessidade de maior carga horária para disciplinas de saúde coletiva, maior oferta de estágio no SUS, assim como as horas dedicadas ao mesmo, e a criação de vínculos entre

acadêmicos e profissionais das unidades e comunidade em geral. Este discurso sinaliza, mais uma vez, a necessidade crescente da intervenção no *status quo* curricular acadêmico da área de saúde em proveito da formação de profissionais que compreendam as reais necessidades da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

As principais limitações deste estudo consistiram na impossibilidade de entrevistar todos os profissionais da AB e IES. A justificativa entre estes foi a falta de tempo para a entrevista. Além disso, outro fator limitante foi a delimitação do estudo apenas para a área do Recôncavo Sul Baiano.

A aproximação entre a universidade e o setor saúde de cada município é fundamental para potencializar a integração entre as instituições correspondentes e promover a efetivação dos objetivos de atividades como estágios curriculares, desenvolvendo projetos de extensão e pesquisa, dentre outras atividades que contribuam para a construção compartilhada de saberes direcionados para a formação qualificada de profissionais de saúde que atuem sob uma perspectiva interprofissional em prol da melhoria das condições de vida e saúde da população.

Vale lembrar a importância do agir comunicativo neste cenário entre coordenadores de IES de diferentes cursos e trabalhadores da AB. Faz-se importante também maior diálogo intra-setorial, especialmente no que tange o setor saúde. Tais iniciativas poderiam contribuir para as intenções de integração entre IES e AB, já que seria possível a troca de experiência no que se refere às diversas formas de desenvolver atividades e estabelecer parcerias que atendam a diversidade de interesses envolvidos.

Sobre a visão dos coordenadores e diretores acerca da integração entre IES e AB, durante as entrevistas foi possível entender que, ainda que haja limitações, a interação ensino-serviço vem ocorrendo. O encaminhamento das atividades integrativas não é uma tarefa simples, pois é necessário considerar questões estruturais, tensões políticas envolvidas, formas de atuação dos profissionais docentes, preceptores e estudantes, além de outros aspectos. Contudo, políticas voltadas para a reorientação da formação profissional vêm sendo implementadas e vislumbram possibilidades de mudança.

Portanto, as reformas curriculares e os estágios supervisionados, como elementos de potencial contribuição para a integração ensino-serviço, devem

continuar sendo investigados no intuito de enriquecer o conhecimento e compartilhamento de experiências no processo de formação de profissionais cada vez mais comprometidos com a saúde pública e conscientes de sua responsabilidade perante a sociedade.

6 DETERMINAÇÃO DAS DIRETRIZES

A definição das diretrizes para interinstitucionalização entre AB e IES é resultado da análise de pesquisas bibliográficas, além das entrevistas com os profissionais atuantes tanto na saúde quanto na educação. Essas diretrizes servirão de base para profissionais da AB e das IES planejarem suas ações de forma conjunta, levando em consideração estudos realizados que tiveram como enfoque estratégias para atuação interprofissional e intersetorial.

Conforme descrevem Ciavatta e Ramos (2012), as diretrizes são orientações para que ocorra o planejamento e o desenvolvimento de ações. Portanto, as diretrizes servem como orientação para dirimir os problemas identificados, tanto no referencial teórico estudado como na percepção dos profissionais das IES e AB presentes nas falas. É evidente que não se trata apenas de um problema local. Com isso, mesmo que a pesquisa tenha sido desenvolvida no Recôncavo Sul Baiano, essas diretrizes poderão ser utilizadas em outros Municípios e Estados.

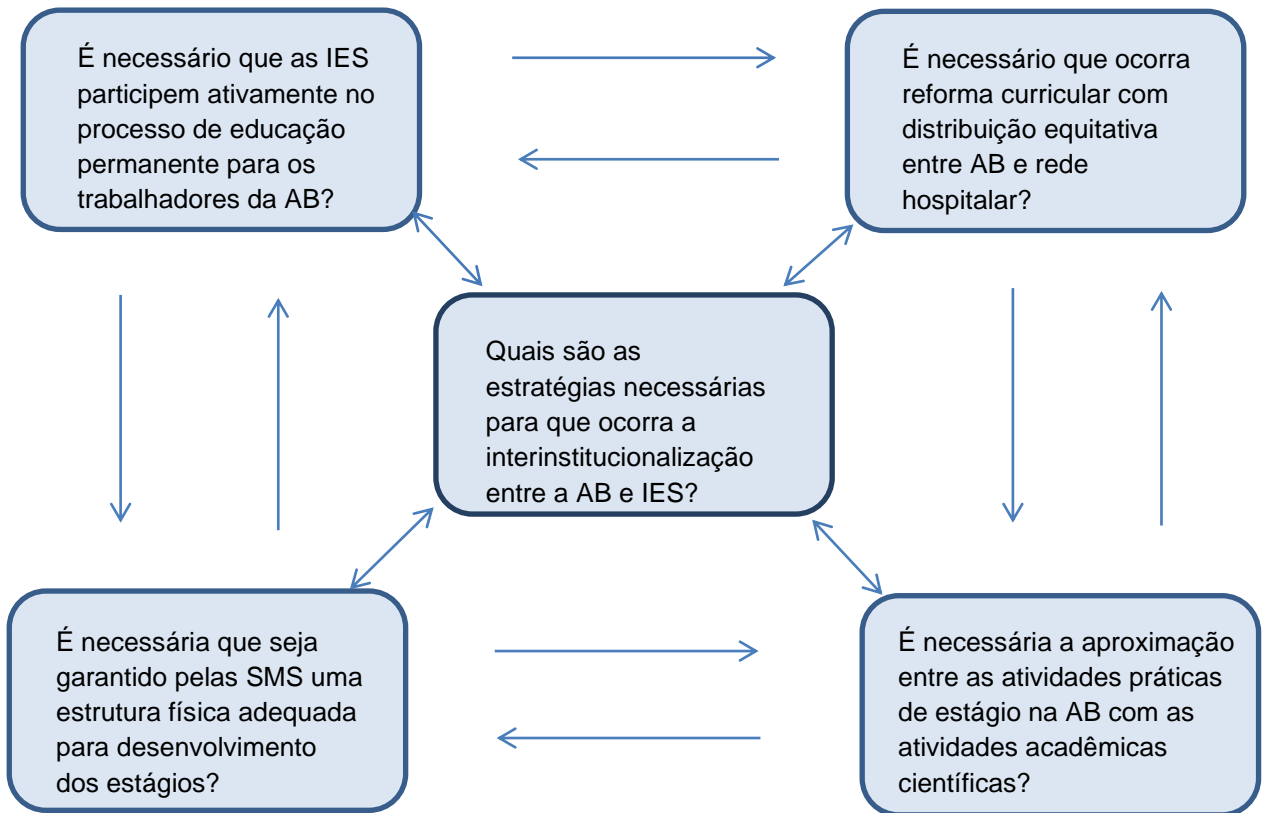
6.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem o objetivo de expor a proposição de diretrizes para interinstitucionalização entre a AB e IES, com o intuito de que exista uma aproximação mais consistente e eficaz entre instituições de ações diferenciadas, mas que se complementam em teoria e prática. Para isso, descreve a metodologia adotada para a elaboração das diretrizes, finalizando com a apresentação da proposição destas.

A elaboração das diretrizes teve como base o capítulo 2 da revisão de literatura, e os capítulos 4 e 5, através da exposição e discussão dos resultados. Além disso, foi elaborada em cumprimento do terceiro objetivo especificado trabalho.

A Figura 2 representa o caminho do raciocínio para se ponderar quais as estratégias são necessárias para que ocorra a interinstitucionalização entre a AB e IES.

Figura 2 – Estratégias necessárias para a interinstitucionalização entre AB e IES.



Fonte: ANDRADE, 2016.

6.2 METODOLOGIA UTILIZADA PARA PROPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES

A elaboração das diretrizes teve início com o estudo do referencial teórico que aborda a integração entre AB e IES, e foi feita através das entrevistas com os profissionais dessas instituições, baseada na necessidade de definir elementos que caracterizam a relação de interdependência entre ambas. Buscou-se identificar os fatores que dificultam o estreitamento dessa relação, assim como os benefícios provenientes do trabalho conjunto e articulado entre as instituições.

Neste sentido, salienta-se que as orientações a seguir não objetivam ser regras impostas ou substituir ações institucionais que são preconizadas pelos Ministérios da Educação e Saúde. Porém, é conveniente lembrar que as atividades desenvolvidas pelas IES estão diretamente ligadas as atividades desenvolvidas pelos profissionais da AB e, a definição das diretrizes será essencial para se chegar a uma interinstitucionalização de maneira harmônica e concreta.

6.3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS A PARTIR DOS ENTREVISTADOS

Essa descrição foi feita baseada nos discursos dos entrevistados. Serviu também como elemento indispensável para a proposição das diretrizes.

6.3.1 Questionados sobre os elementos que caracterizam a integração ensino-serviço, foram citados:

- a) Os Estágios Curriculares Supervisionados (ECS);
- b) A Educação Continuada no formato de cursos;
- c) A realização de aulas práticas ligadas a disciplinas específicas e a realização de visitas técnicas;
- d) A parceria entre as IES e AB para realização de TCC, projetos de extensão e PET-Saúde;
- e) Sugestão dos preceptores serem da própria IES e/ou que a supervisão dos estágios fosse realizada de forma contínua, com periodicidade definida.

6.3.2 Questionados sobre os desafios da relação entre IES e AB, foram referidos:

- a) A inexistência de integração entre as instituições, predominando a troca de interesses entre ambas;
- b) AB como cenário propício para integração através da associação entre teoria x prática, sendo de grande importância para o desenvolvimento profissional enquanto ator social;
- c) Necessidade de maior e melhor comunicação entre as Instituições;
- d) Existência de disciplinas nas grades curriculares que estejam relacionadas à AB – Saúde Coletiva;
- e) Dificuldade de deslocamento para realização dos estágios e estrutura física das unidades de saúde inadequada;
- f) Necessidade de estabelecimento de parcerias entre as instituições;
- g) Influência política partidária nas atividades das unidades de saúde;
- h) Fragilidade de vínculos dos profissionais;
- i) Inexistência de convênios para qualificação de profissionais da AB;

- j) A forma de atuação e desestruturação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES).

6.3.3 Questionados sobre as necessidades de mudanças para melhorias da relação entre IES e AB, foram citadas:

- a) Reformas curriculares;
- b) Mudanças nos processos de formação (maior CH para as disciplinas de saúde coletiva);
- c) Investimentos em educação continuada para os profissionais da AB por parte da academia;
- d) Maior criação de vínculo e envolvimento com as unidades e maior tempo de estágio;
- e) “Abertura de portas” para estágios;
- f) Aproximação dos estudantes com saúde pública no início dos cursos.

6.4 PROPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES

Diante do estudo e das informações fornecidas pelos entrevistados, emergem as seguintes diretrizes:

A primeira diretriz indica a necessidade de reforma curricular, visando transcender a prática baseada no modelo curativo e hospitalocêntrico.

A segunda orienta que os ECS sejam cumpridos integralmente na graduação – conforme recomendação das DCN – com distribuição equitativa entre a AB e rede hospitalar.

A terceira considera indispensável a participação das IES na educação permanente para qualificação dos trabalhadores da AB, em especial, preceptores de estágios.

A quarta recomenda uma estrutura de intercâmbio entre a rotina prática da rede básica de saúde e atividades acadêmicas científicas.

A quinta sugere a ampliação e aprimoramento do PET-saúde nos municípios.

A sexta prevê que sejam garantidos, pelas SMS, espaços adequados para desenvolvimento dos estágios (com estrutura física adequada, material de consumo

e permanente disponível e com bom estado de conservação, territorialização e quantitativo de usuários adscritos conforme recomendação da PNAB, etc).

A sétima prevê que o município garanta o vínculo entre profissionais da AB, usuários e IES, através da realização de concurso público e/ou vínculo trabalhista oficial, por carteira assinada para os profissionais da AB.

A oitava sugere que os profissionais de saúde sejam selecionados e treinados especificamente pelas IES para atuarem como preceptores de estágio.

6.5 SÍNTESE DO CAPÍTULO

Este capítulo abordou o caminho adotado para elaboração das diretrizes, visando a consolidação de ações conjuntas para a interinstitucionalização entre AB e IES. Seu objetivo foi apresentar o caminho percorrido para se chegar até as diretrizes. Inicialmente, analisou os dados a partir do referencial teórico, seguindo a análise das falas dos entrevistados e discussão dos resultados.

Como resultado do presente estudo, observa-se que, as diretrizes poderão atuar no sentido de direcionar as ações e implementações necessárias para melhoria dos serviços de ambas as instituições. A proposta de diretrizes significará o envolvimento dos profissionais das IES e da AB e servirá como reforço às suas ações e estratégias.

7 CONCLUSÃO

Visto o exposto, a presente pesquisa apresentou indicativos sob a perspectiva de profissionais da AB e das IES, no que tange a integração ensino-serviço em saúde. A análise das MC disponibilizadas e das entrevistas com profissionais da AB e IES dos três municípios estudados nos remete a fragilidade dos vínculos entre ambas as instituições. Apesar das características inerentes a cada IES e da AB, observam-se similaridades na construção da MC dos cursos da área da saúde, em que ainda predomina o modelo curativista, cuja forma de atuação dos preceptores de estágio demonstra pouco vínculo com as IES.

A entrevista semi-estruturada aplicado aos profissionais das IES e AB demonstrou o estágio curricular como o elemento mais importante de integração das instituições bem como cenário de prática propício para conscientização dos estudantes da realidade em saúde nos quais os mesmos estão inseridos. Este instrumento também evidenciou a existência de debilidade nos vínculos entre ambas as instituições, assim como apontou os principais desafios e mudanças necessários para uma melhor integração entre as mesmas. Tais informações se constituíram a base para a proposição de diretrizes que possam fortalecer as inter-relações profissionais das instituições envolvidas.

Por fim, este estudo limitou-se a realidade de municípios do Recôncavo Sul Baiano. Outros trabalhos devem ser estimulados no sentido de investigar a inter-relação do binômio IES-AB no Recôncavo Baiano como um todo de forma a elevar a qualidade de ensino em saúde para futuros profissionais que atuarão na promoção da saúde na região em questão. Em tempo, também é sugerida a realização de estudos complementares que busquem analisar a integração das instituições citadasna perspectiva de outros atores sociais envolvidos, como estudantes e usuários do SUS, por exemplo, almejando fomentar debates acerca da formação profissional e suas repercussões nos serviços de saúde e reorientação do modelo de atenção em meio a complexidade e importância desses temas na dinâmica social.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. **Revista HUPE**, UERJ; 11(1):82-86, 2012.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (online)**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.
- ALBUQUERQUE, V. S., et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.**;61(1):31-5, 2008.
- ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, s. 1, p. 119-226, 2012.
- ALVES, L. A. et al. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. São Caetano do Sul, v. 16, n. 2, p. 235-238, 2012.
- AMARAL FILHO, R. G. do; MACHADO-DA-SILVA, C. Estratégia e teoria institucional: uma proposta discursiva de integração. **XXX ENANPAD**, 23 a 27 set., Salvador-BA, 2006.
- AZEVEDO, C. C.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S. Inte(g)ração Ensino-Serviço na saúde e a busca do fortalecimento do SUS na primeira década do século XXI. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**. 2016; 1(2):84-103.
- BARRETO, V. H. L. et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2011; 35(4):578-83.
- BATISTA, N. A., Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**; vol. 2; p. 25-28; jan. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. 23. Ed. Petropólis, Vozes, 2003.
- BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20 set de 2016.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em 20 set de 2015.

_____. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>. Acesso em 20 set. 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação, 2001c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Brasília: Ministério da Educação, 2001d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001e. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001f. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Brasília: Ministério da Educação, 2002a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2002b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Educação (MEC). **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília, DF, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004a. Seção 1.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2004b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 1ª ed. 77 p. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES nº 4 de 2009 de 06 de abril de 2009**, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola:** Tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 46 p.: II. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Série Textos Básicos n. 67; Edições Câmara; Brasília, 2012b; 35ª ed.; 54ª Legislatura, 2011-2015.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional Em Saúde (Brasil). Resolução nº. 2, de 13 de abril de 2012c. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, nº. 73, p. 24-5, 16 abr 2012c; Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015.** Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/port_n1113_2015.pdf. Acesso em: 07/09/2016.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino–serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiás, v. 16, n. 1, p. 228-237, jan./mar. 2014.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**; 25: 11-26; 2001.

CARVALHO, C. A. P.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F.D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. In: **Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração**, 23., Foz do Iguaçu, 1999. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 1999.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B., MATOS, R. A. (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de**

graduação na área da saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO; p. 69-92, 2006.

CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação.** Nº 24; Set-Dez; 2003.

ClAVATTA, M.; RAMOS, M. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira de Educação.** v. 17 n. 49 jan.-abr. 2012.

CLOSS, T. T. et al. Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde. **Anais. Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família.** Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional; v.1, 2013.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-7, nov./dez. 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiol Serv Saúde;**15(3):7-18; 2006.

CUNHA, L. A. **Ensino superior e universidade no Brasil.** In: LOPES, Eliane Marta Teixeira, MENDES (org.) e outros, (2000). 500 anos de educação no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica.

DIAS, A. R. N. et al. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimento dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. **Revista Educação Online,** n. 19, jun-ago, p.83-99; 2015.

DURHAM, E. R., **O ensino Superior no Brasil: público e privado.** Núcleo de Pesquisa sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo (NUPES), 2003. Documento de Trabalho 03; 42p; 2003.

ERDMANN, A. L., et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paul Enferm.;**22(3):288-94; 2009.

FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA. <http://www.adventista.edu.br/>. Acesso em dez. 2015.

FACULDADE MARIA MILZA – FAMAM. <http://www.famam.com.br/>. Acesso em dez. 2015.

FERLA, A. A; ROCHA, C. M. F. (Org.). **Inovações na Formação de Sanitaristas** (Cadernos da Saúde Coletiva; v.1). Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2012; 46(2):404-12

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V. 6; n. 10; p. 35 – 50, 2002.

FONSECA, V. S. da; MACHADO-DA-SILVA, C. L. **Conversação entre abordagens da estratégia em organizações: escolha estratégica, cognição e instituição**. O&S, v.9; nº 25; set./dez., 2002.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. bras.Med.Fam. comunidade**. Florianópolis; Jan. – Mar.; 7(22): 5-9; 2012.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21. n. 2, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L. (ED.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**; dez; 7 (4); 2013.

GOMES, M.P. et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. **Ciênc. educ.** (Bauru) v.16, n.1, p. 181-198, 2010.

GOMES, A. P. REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Rev. Bras. Educ. Med.**; 35(4):557-566; 2011.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro. 2000.

ITO, E. E., et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**;40(4):570-5; 2006.

JESUS, M. J. F; TATTO, L. A Institucionalização da Estratégia: Um Estudo Exploratório. **Revista Multidisciplinar da UNIESP**. Saber Acadêmico; nº 11; jun. 2011.

KUABARA, C. T. M.; TONHOM, S. F. R.; MARIN, M. J. S. Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde. **Atas CIAIQ**. Investigação qualitativa em saúde, vol. 2; 2016.

LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e Implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**; 25(3): 464-70; 2012.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde Soc**, São Paulo; 20(4):867-74; 2011.

LEME, P. A. T. et al. Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 20(4):1255-65; 2015.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**. (Botucatu);19 Supl 1:779-91; 2015.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Discurso da Institucionalização de Práticas em Saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis; Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(3): 483-499, 2008.

LOPES, S. R. A.; LIMA, J. M. F. A parceria universidade-instituição de saúde e sua importância na formação do aluno de graduação em psicologia. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo-SP. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 111-122, 2012.

LOPES, E. A. A.; SCHERER, M. D. A.; COSTA, A.M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, 9(2), 237-250, jun, 2015.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS JR, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** 1, 1997.

MARTINS, A. C. P., Ensino Superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. In: **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol. 17, (Suplemento 3), São Paulo, 2002.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**.v.37, n.4, p.501-508, 2014.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15 (Supl.1), p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2015.

MINAYO, M.C.S., **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, G. C. S. **A implementação da comissão estadual de integração ensino serviço–CIES Bahia**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2014.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface Comum Saúde Educ.**; 13(13):153-66; 2009.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface; Comunicação, Saúde, Educação**; v.18, supl.I, 2014.

MOURÃO, L. C. L'ABBATE, S. Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: uma análise sócio-histórica. **Online Braz. J. Nurs.** (Online): 10(3) set-dez, 2011

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade**. Núcleo de Atenção ao Idoso, Universidade Aberta da Terceira Idade, Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Rio de Janeiro-RJ, 2006.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M., et al. Projeto político pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**; 44(3): 679-686; 2010.

OLIVEIRA, J. A. A. A transversalidade do conhecimento da saúde coletiva no currículo de medicina de uma escola médica pública: relevância das disciplinas na formação dos alunos. **Rev. Bras. Educ. Médica**, 34 (2): 278–283; 2010.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciênc. Saúde Coletiva**; 13 (3): 929 – 39; 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro, CEPESC; p. 161–178; 2010.

PEDUZZI, M., et al. C. Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 47(4): 977-83; 2013.

PEREIRA, J. G., et al. Integração Academia, Serviço e Comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**; 33(1):99-107; São Paulo: 2009.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**.11(2):319- 38; 2013.

PIZZINATO, A. et al.; Integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 170, n. 36, supl. 2, p. 170-177, 2012.

Portal da Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Governador Mangabeira, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 06 de out. de 2015.

Portal da Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Cachoeira, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 06 de out. de 2015.

Portal da Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Santo Antonio de Jesus, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 06 de out. de 2015.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 20 set. de 2015.

RODRIGUES, J. A. C.; PEREIRA, M. F.; SABINO, M. M. F. L. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O. (Org.). **Contribuições para a gestão do SUS**. v. 2, p. 65-81, 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública).

ROMANELLI, O. O. **História da Educação no Brasil (1930/1973)**. Editora Vozes; 30ª ed; Petrópolis, 2006.

SANTOS, A. P. dos; CERQUEIRA, E. A. ENSINO SUPERIOR: trajetória histórica e políticas recentes. **IX Cólóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul**. Florianópolis – Brasil. 25 a 27 de novembro de 2009.

SANTOS, B. R. L., et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez. 2000.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. Bras. Enferm.**; 59(2): 217-21; 2006.

SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. **Rev. Eletr. Enf.**;11(3):518-26; 2009.

SILVA, M. A. M. da et al. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.16, n.42, p.707-17, jul./set. 2012.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.** 49 (Esp):16-24; USP, 2015.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. de. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 19, n. 52, jan.-mar.; 2015.

SOARES, M. S. A. et al. **A Educação Superior no Brasil**. Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e no Caribe IESALC–Unesco–Caracas. Porto Alegre–Brasil, 2002.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1325-1335. Brasília, DF. 2009.

TATTO, L. **Institucionalização, estrutura e comportamento das universidades públicas estaduais paranaenses**. Florianópolis, SC. Tese de Doutorado. 2005.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**; nº 58; 2003.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. The institutionalization of institutional theory. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Orgs.). **Handbook of Organizational Studies**. London: Sage; .p. 175-190; 1997.

TRAJMAN, A., et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**.33(1):24-32; Rio de Janeiro; 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA.

<https://ufrb.edu.br/portal/>. Acesso em dez. 2015.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma Experiência de Integração Ensino–Serviço e a Mudança de Práticas Profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface**.20(56):147-58; 2016.

VEIGA, I. P. A. **Educação básica: projeto político-pedagógico; Educação superior: Projeto político-pedagógico**. Campinas: Papyrus, 2004. Disponível em: WBS&oi=fnd&pg=PA13&dq=projetos+políticos+pedagógicos+ensino+superior+LDB&ots=pTdwyzZlbl&sig=bBwtaOvY_jtuP58HGJyDH1tHJ1l#v=onepage&q&f=false. Acesso em 01 maio de 2016.

World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Conforme Resolução CNS Nº 466/2012

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “**AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR**”.

Esta pesquisa se justifica por possibilitar no âmbito da saúde e do ensino, o fortalecimento de ações fundamentais em relação a maior integração entre atenção primária à saúde e instituições de ensino superior. Sendo, o produto desse trabalho um instrumento fundamental para a aproximação mais coesa, eficiente e eficaz para que ocorra a interinstitucionalização no que tange a aproximação entre instituições de ações diferenciadas, mas que se complementam em teoria e prática.

Os objetivos da pesquisa são: Objetivo Geral: analisar a relação entre Instituições de Ensino Superior (IES) e Atenção Básica (AB) em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior. E como Objetivos Específicos: caracterizar as IES e a AB; analisar as matrizes curriculares; caracterizar e analisar o conhecimento dos gestores e profissionais atuantes nas IES e AB acerca dos elementos de integração entre ambas instituições; identificar elementos que caracterizem e favoreçam formas de interação entre as IES e a AB; e elaborar propostas de diretrizes para fortalecer a integração entre as instituições.

Trata-se de um estudo transversal e descritivo/análítico de abordagem qualitativa, que será realizado no período de junho de 2016 a dezembro de 2016, em três Instituições de Ensino Superior (IES) localizadas no Recôncavo Sul Baiano e em Unidades de Saúde da Família dos municípios onde as IES estão localizadas e que sejam campo de estágio para cursos da área da saúde. A coleta de dados acontecerá através de análise documental das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde e através de entrevista semiestruturada com Diretores e Coordenadores dos cursos da área da saúde das três IES e Gestores, Coordenadores da Atenção Básica e Coordenadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos três municípios.

Foi-me concedido um prazo adequado, para que eu pudesse refletir ou consultar familiares, ou ainda terceiros, para ajudar na tomada de decisão quanto a minha adesão à pesquisa.

Solicito gentilmente que o (a) senhor (a) leia atentamente este Termo de Consentimento, em toda sua íntegra, antes de decidir sobre a sua participação voluntária na pesquisa.

Gostaríamos de também informar que o (a) senhor (a) poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e caso desejar sair da pesquisa, tal fato não terá prejuízos para o (a) senhor (a).

Informamos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo.

Caso o senhor (a) se sinta a vontade em participar da pesquisa, informamos que uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido será assinado na página final, pelo (a) senhor (a), pelo (a) pesquisador (a) responsável (Dahiane Lemos de Andrade); contendo rubricas em todas as folhas do TCLE. Informamos que qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa será reembolsada e caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, o (a) senhor(a) será indenizado (a), conforme determina a lei.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Dahiane Lemos de Andrade e Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira De Castro, respectivamente, aluna do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente e orientadora do projeto, ambas da Faculdade Maria Milza - FAMAM. O (A) senhor (a) poderá manter contato com eles pelos telefones (75) 98814-3931 e dúvidas também poderão ser esclarecidas na FAMAM pelo telefone institucional (75) 3638-2119 junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAMAM, pelo telefone (75) 3638-2549, localizado na Rodovia BR, 101, Km 215- Zona Rural, Sungaia, Governador Mangabeira.

Como a pesquisa será efetuada a partir da análise documental e da entrevista semiestruturada, o risco da pesquisa seria a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012, e alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos sujeitos) observados durante a pesquisa. Esses riscos serão

minimizados a partir da descrição prévia feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, além da imparcialidade do pesquisador. Em relação dos benefícios, trata-se de analisar a relação entre IES e AB em três Municípios do Recôncavo Baiano e Unidades de Saúde da Família, de forma a propor diretrizes para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior com intuito de melhorar essa integração.

Após realização da análise, os instrumentos de coleta de dados com os registros de informações dos participantes da pesquisa serão arquivados pelas Pesquisadoras responsáveis por cinco anos. Os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa, assim como os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio de revistas e periódicos.

Governador Mangabeira, _____ de _____ de 2016.

Nome e assinatura do (a) participante da pesquisa

Prof.^a Dr.^a Isabele Cardoso Vieira De Castro
Orientadora

Dahiane Lemos de Andrade
Mestranda (Pesquisadora Responsável)

APENDICE B – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Caracterização do (a) Entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

Gestor () Coordenador da Atenção Básica () Coordenador da Estratégia Saúde da Família/Preceptor ()

1.1 Dados Sócio-Demográficos

Idade: ____ Sexo: ____ Profissão: _____ Tempo de Atuação Profissional: _____

Tempo de Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SMS): _____

Regime de Trabalho: _____ Outro (s) vínculo (s) empregatício (s): _____

Formação Profissional

Graduação () Pós-Graduação () Mestrado () Doutorado ()

2. Caracterização da Atenção Básica

Nome da Unidade: _____ População residente na área de abrangência da ESF: _____ População adscrita à ESF: _____ Profissionais que atuam na ESF: _____ Ações desenvolvidas na ESF de qualificação profissional: _____

3. Questões Norteadoras

3.1 No seu contexto profissional, quais os elementos que caracterizam alguma forma de integração entre IES e AB?

3.2 O que seria fundamental para integração entre IES e AB?

3.3 Durante sua formação profissional na graduação, a matriz curricular tinha articulação das Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde?

3.4 Existe algum convênio entre estas Instituições para qualificação dos profissionais da Atenção Básica?

3.5 Quais os benefícios para os profissionais da Atenção Básica enquanto preceptores de estágio?

3.6 Na sua concepção, como é a relação entre a Atenção Básica deste município e a IES?

3.7 Quais os fatores que dificultam o estreitamento dessa relação?

3.8 Se sente preparado(a) para atuar como preceptor(a) de estágio?

3.9 Se não, quais fatores podem contribuir para a sua preparação?

**APÊNDICE C – MODELO DE FICHA PARA ANÁLISE DOCUMENTAL
MATRIZ CURRICULAR**

Ementa das Disciplinas com tema Saúde Pública:

Objetivo das Disciplinas:

Duração do Curso:

Semestre em que o acadêmico tem contato com a prática:

APÊNDICE D – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETORES E COORDENADORES DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

1 Caracterização do(a) Entrevistado(a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

Diretor () Coordenador do Curso da Área da Saúde () Curso: _____

1.1 Dados Sócio-Demográficos

Idade: ____ Sexo: ____ Profissão: _____ Tempo de Atuação Profissional: _____

Tempo de Trabalho na Instituição de Ensino Superior (IES): _____

Regime de Trabalho: _____ Outro (s) vínculo (s) empregatício (s): _____

1.2 Formação Profissional

Pós-Graduação () Mestrado () Doutorado ()

2 Caracterização da IES

2.1 Tipo: () Universidade; () Faculdade; () Outros

2.2 Quantidade de Alunos: () até 3.000 alunos; () 3.001 a 6.000 alunos; () 6.001 a 10.000 alunos; () acima de 10.000 alunos

2.3 Convênio com Secretaria de Saúde () Não () SIM. Quais SS: _____

3 Questões Norteadoras

3.1 Como está estruturado o currículo da graduação deste curso em relação a integração com a Atenção Básica?

3.2 Já ocorreu alguma reestruturação anterior no currículo para maior integração com a Atenção Básica? Por que ocorreu?

3.3 Na sua opinião, existem fatores limitadores para essa integração?

3.4 Na grade curricular, como se dá a articulação das Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação e as orientações para o exercício profissional na Atenção Básica em conformidade com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde?

3.5 Quais as dificuldades para se estruturar um currículo que atenda às Diretrizes Curriculares orientadas para a formação do profissional para atuar no SUS?

3.6 No seu contexto profissional, quais os elementos que caracterizam alguma forma de integração entre IES e AB?

3.7 Na sua concepção, como é a relação entre esta Instituição e a Atenção Básica deste município?

3.8 O que seria fundamental para integração ou melhorar a integração entre IES e AB?



ANEXO A - OFÍCIO PARA AS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES

Através do presente instrumento, solicito ao (s) representante (s) legal (s) da Instituição de Ensino Superior deste Município do Recôncavo Sul Baiano, autorização para realização da pesquisa intitulada: **“AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR”**.

Cujo objetivo geral é analisar a relação entre Instituições de Ensino Superior (IES) e Atenção Básica (AB) em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior. A coleta de dados acontecerá através de análise documental das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde e através de entrevista semiestruturada com Diretores e Coordenadores dos cursos da área da saúde das três IES.

Vale ressaltar que as informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da instituição coparticipante. Declaro estar ciente e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Esta instituição está informada de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no sigilo da segurança e bem-estar dos participantes do estudo nela recrutados, dispondo de infraestrutura adequada para a garantia de tal conforto.

Governador Mangabeira, _____ de _____ de 2016

Dahiane Lemos de Andrade
Pesquisadora responsável

DEFERIDO

INDEFERIDO



ANEXO B – OFÍCIO PARA AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Através do presente instrumento, solicito ao (s) representante (s) legal (s) da Secretaria Municipal de Saúde deste Município do Recôncavo Baiano, autorização para realização da pesquisa intitulada: **“AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR”**.

Cujo objetivo geral é analisar a relação entre Instituições de Ensino Superior (IES) e Atenção Básica (AB) em Municípios do Recôncavo Sul Baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre Saúde e Ensino Superior. A coleta de dados acontecerá através de análise documental das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde e através de entrevista semiestruturada com Gestores, Coordenadores da Atenção Básica e Coordenadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Vale ressaltar que as informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da instituição coparticipante. Declaro estar ciente e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Esta instituição está informada de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no sigilo da segurança e bem-estar dos participantes do estudo nela recrutados, dispondo de infraestrutura adequada para a garantia de tal conforto.

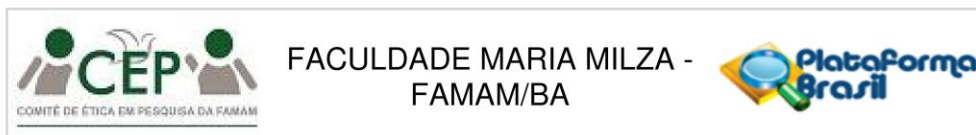
Governador Mangabeira, _____ de _____ de 2016

Dahiane Lemos de Andrade
Pesquisadora responsável

DEFERIDO

INDEFERIDO

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES INTERPROFISSIONAIS: PROPOSTA DE DIRETRIZES MUNICIPAIS PARA INTERINSTITUCIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Pesquisador: DAHIANE LEMOS DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59510916.7.0000.5025

Instituição Proponente: FACULDADE MARIA MILZA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

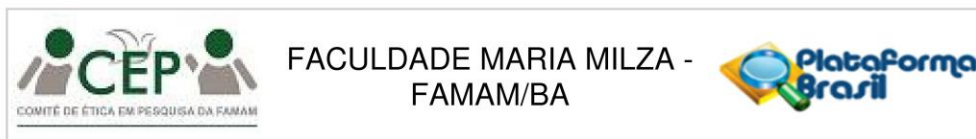
Número do Parecer: 1.722.813

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se justifica por que as Instituições de Ensino Superior (IES) são diretamente responsáveis pela qualidade da formação de profissionais das diversas áreas. As mesmas possuem papel primordial nas discussões sobre a modernização e adequação do ensino ao modelo de saúde vigente com enfoque na qualidade de vida da população e articulação entre diversos ramos do conhecimento. A Atenção Básica (AB) é uma das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhorar a efetividade dos serviços prestados à população, e visa, principalmente, o aumento da cobertura e acesso às ações de saúde. Nesse sentido, sua maior integração com IES poderá contribuir para o melhoramento das ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, além de favorecer condições no enfrentamento dos determinantes de saúde através da articulação entre equipes multiprofissionais da área de saúde e educação.

A validade social desta pesquisa está relacionada com as ações interprofissionais e as práticas colaborativas que possam ocorrer entre as IES e AB que devem ser baseadas na adoção de estratégias fundamentadas nas diretrizes do SUS, no conceito ampliado de saúde e na utilização de bases metodológicas de ensino-aprendizagem atuais. Por sua vez, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde devem considerar a oferta da ação integral da saúde à população, o trabalho multidisciplinar e a integração entre o ensino e as demandas do serviço de saúde.

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000
UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br

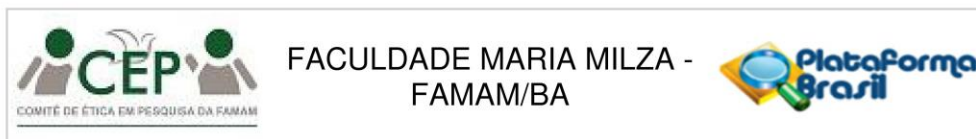


Continuação do Parecer: 1.722.813

Enquanto a validade científica está relacionada com a relação das IES com a AB como resposta as inquietações acerca da constatação de uma incipiente integração entre ambas. Principalmente, quando se observa a formação acadêmica dos cursos da saúde voltados para formação hospitalocêntrica, mesmo com toda a discussão em relação a modernização curricular.

O suporte bibliográfico é adequado para o desenvolvimento da pesquisa. O tema desta investigação é coerente com a formação e atuação da pesquisadora responsável, e se refere a uma pesquisa tecnicamente viável para o cenário em que está inserida. A investigação se refere a uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, a ser realizada nos municípios de Cachoeira, Governador Mangabeira e Santo Antonio de Jesus onde estão situados os Centros de Ensino Superior com cursos presenciais na área de saúde que farão parte do estudo (Faculdade Adventista da Bahia, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Faculdade Maria Milza) respectivamente. Para compor o cenários de estudo, farão parte também as Unidades de saúde da Família que possuem convenio de preceptoría (campo de estagio na AB) para os cursos da área de saúde, situados nos municípios onde essas IES estão localizadas. Critérios para Gestores, Coordenadores da Atenção Básica e Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família - Farão parte do estudo 03 Diretores e 11 Coordenadores dos cursos da área de saúde das três IES e 03 Gestores, 03 Coordenadores da Atenção Básica e 18 Coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos três municípios. Os critérios de inclusão são: aceitar participar do estudo assinando o TCLE; estar na instituição durante o período de coleta; ser preceptor de estagio na USF (para coordenador da ESF). De exclusão: estar afastado das atividades laborais por tempo superior ao tempo da pesquisa; tempo de serviço inferior a três meses. E para Diretores e Coordenadores dos cursos da área de saúde das IES – De inclusão: aceitar participar do estudo assinando o TCLE; estar na Instituição durante o período de coleta. De exclusão – estar afastado das atividades laborais por tempo superior ao tempo da pesquisa; tempo de serviço inferior a três meses. Será realizada uma análise documental das matrizes curriculares dos cursos da área de saúde das três IES em estudo que se repetem em pelo menos duas instituições, dos projetos políticos pedagógicos, convênios de preceptoría e estudos de pesquisa e extensão, bem como de todos os outros documentos que possam representar uma interligação destas com a AB. As transcrições serão realizadas após o termino da entrevista para que a análise seja iniciada o mais rápido possível, o que facilitara a compreensão da pesquisadora através de sua memória recente sobre algum trecho que possa ter sido prejudicado. As gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora ate cinco anos após a pesquisa, findado esse período, as mídias serão destruídas. A análise dos dados envolvera dois tipos de material. a estrutura curricular e outros documentos que representem alguma forma de

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000
UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br



Continuação do Parecer: 1.722.813

integração entre as IES e AB e as entrevistas. Para análise da estrutura curricular será considerado a ementa das disciplinas com tema Saúde Pública; o objetivo a metodologia utilizada, o conteúdo programático, duração do curso, semestre em que o Acadêmico tem contato com a prática e a bibliografia. E com relação as entrevistas, após suas transcrições, os dados serão analisados segundo o método de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre IES e AB em municípios do Recôncavo baiano, de forma a propor diretrizes municipais para a interinstitucionalização entre saúde e ensino superior.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar as IES e AB;

Identificar elementos que caracterizem e favoreçam formas de interação entre IES e AB;

Elaborar um plano estratégico de integração entre as instituições.

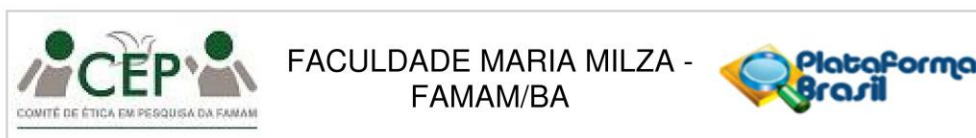
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como a pesquisa será realizada a partir da análise documental e da entrevista semiestruturada, o risco da pesquisa seria a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012 e alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos participantes) observados durante a pesquisa. Esses riscos serão minimizados a partir da descrição previa feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, além da imparcialidade do pesquisador. Em relação aos benefícios, trata-se de analisar a relação entre IES e AB em três municípios do Recôncavo baiano e Unidades de Saúde da família, de forma a propor diretrizes para a interinstitucionalização entre saúde e ensino superior com intuito de melhorar essa integração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante, pois a integração ensino-serviço deve ser estimulada pelo trabalho coletivo e integralizada entre os protagonistas que compõem esse cenário: graduandos, docentes dos cursos da área, profissionais trabalhadores das equipes multidisciplinares e gestores da saúde e educação, visando o oferecimento de um atendimento individual e coletivo com foco na qualidade da assistência e na formação e capacitação profissional.

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000
UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br



Continuação do Parecer: 1.722.813

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos que compõem um protocolo de pesquisa e necessários para análise dos aspectos éticos da proposta se encontram em consonância com a Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

A Resolução 466/12 da Conep/CNS/MS apresenta no parágrafo XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL e no subparágrafo XI.2 – Cabe ao Pesquisador e no item d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Por isso, esclarece-se que “Após a defesa dessa dissertação, deve-se salva-la em arquivo PDF e enviá-la à Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_677308.pdf	31/08/2016 22:50:46		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	31/08/2016 22:32:49	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/08/2016 20:21:25	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/08/2016 20:19:36	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	OficioSMS.pdf	29/08/2016 20:14:29	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	Coparticipantes.pdf	29/08/2016 20:08:33	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	SMSSAJ.pdf	29/08/2016 20:06:08	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	SMSGM.pdf	29/08/2016 20:04:07	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	SMSC.pdf	29/08/2016 20:02:58	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	IESUFRB.pdf	29/08/2016 20:01:10	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	IESFMM.pdf	29/08/2016 20:00:11	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Outros	IESFA.pdf	29/08/2016	DAHIANE LEMOS	Aceito

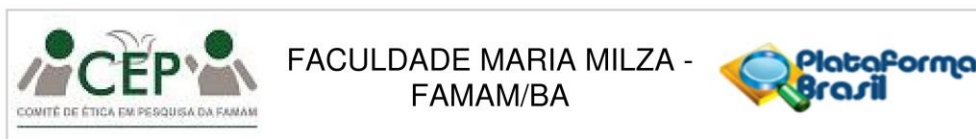
Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia

Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000

UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA

Telefone: (75)3638-2549

E-mail: conselho.etica@famam.com.br



Continuação do Parecer: 1.722.813

Outros	IESFA.pdf	19:58:55	ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2016 19:57:19	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	29/08/2016 19:56:53	DAHIANE LEMOS DE ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR MANGABEIRA, 12 de Setembro de 2016

Assinado por:
Robson Rui Cotrim Duete
(Coordenador)

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000
UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br

