**Universidade de São Paulo**
**Faculdade de Saúde Pública**

# Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal

**Maíra Carolina Polydoro Ribeiro**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de concentração: Saúde Pública**

**Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde**

**Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins**

**São Paulo**
**2019**

# Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal

**Maíra Carolina Polydoro Ribeiro**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de concentração: Saúde Pública**

**Linha de pesquisa: Política, Gestão e Saúde**

**Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins**

**Versão original**
**São Paulo**
**2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Ribeiro, Maíra Carolina Polydoro

Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal / Maíra Carolina Polydoro Ribeiro; orientadora Cleide Lavieri Martins. -- São Paulo, 2019.
101p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1.Serviços de Integração Docente-Assistencial. 2. Formação Profissional em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Educação Permanente em Saúde. 5. SUS. I. Martins, Cleide Lavieri, orient. II. Título.

# DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à grande amiga Célia Cristina Pereira Bortoletto, que me convidou a compor minha primeira equipe na gestão do SUS, e sempre confiou no meu trabalho. Muito obrigada!

# AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins, minha orientadora, pela dedicação ao trabalho e à arte de ser orientadora, pelo respeito às minhas escolhas e pelo apoio diante dos acertos e dos tropeços. Por me fazer lembrar a natureza educativa de um curso de pós-graduação e a minha condição de aluna. Por me incentivar e me fazer acreditar que seria possível;

À Profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, por inspirar a mudança, por me fazer crer que são as pessoas que podem provocar a transformação que desejo ver no SUS, e também pelos textos que tantas vezes li durante este período;

Aos professores que aceitaram participar desta banca examinadora, por dedicarem sua vida em contribuir para o aprimoramento acadêmico de alunos e alunas como eu;

Aos secretários municipais de saúde de Diadema e de Santo André, Sr. Luís Cláudio Sartori e Sr. Márcio Chaves Pires, por abrirem as portas de suas secretarias para que eu realizasse este estudo, por meio dos quais agradeço também a toda a equipe que trabalha e luta para que o direito à saúde se materialize na vida de todas as pessoas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo financiamento de bolsa de mestrado no período de março a outubro de 2018.

Ao Robson, meu companheiro de jornada, pela parceria de sempre.

"Ao invés de pensar em como ensinar, preferi pensar primeiro em como as pessoas aprendem... a estratégia foi trabalhar em cima do processo real de trabalho das pessoas. Eu precisava construir um discurso contra-hegemônico. Eu só posso construir uma proposta pedagógica libertadora se eu tiver uma outra concepção de homem e sociedade. Por onde eu passo eu deixo a confusão feita. Quem quiser que desmanche."

Izabel dos Santos

RIBEIRO, M.C.P. **Integração ensino-serviço-comunidade:** um estudo de caso sobre a gestão municipal. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

## RESUMO

**Introdução** - A integração ensino-serviço-comunidade (IESC) durante o processo formativo em saúde deriva das práticas realizadas por estudantes no interior dos hospitais, voltadas à aquisição de conhecimentos procedimentais. Recentemente, a inclusão dos estudantes na rede de serviços de saúde, em ambientes extra-hospitalares, esteve relacionada à inclusão dos aspectos humanistas e sociais nos currículos e à adoção da integralidade durante a formação superior. A aproximação entre os mundos do ensino e do trabalho abarca uma complexidade decorrente de seus diversos atores, mas também das transformações ocorridas no ensino superior, na concepção sobre o processo saúde-doença, na institucionalização crescente do trabalho em saúde e, consequentemente, na gestão dos serviços enquanto organizações. Aos gestores municipais incumbem o engendramento da integração ensino-serviço-comunidade e o enfrentamento do modelo biomédico vigente nas escolas e nas práticas profissionais, com vistas à qualificação do trabalho, da formação e da atenção à saúde. **Objetivo** - Conhecer e compreender os dispositivos e arranjos da gestão municipal para a integração ensino-serviço-comunidade e suas conexões com a formação em saúde no SUS. **Método** - Investigação qualitativa do tipo estudo de caso, que busca descrever, analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da integração ensino-serviço-comunidade sob a perspectiva da gestão municipal. A base empírica foi constituída por 19 entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais/regionais, gestores municipais, gestores locais, preceptores e docentes de dois municípios da região do Grande ABC/SP, e por análise documental. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados e discussão** - Cinco categorias analíticas emergiram dos dados produzidos: o lugar da IESC na gestão municipal, os pactos interorganizacionais, os cenários de prática, os preceptores e as atividades nos cenários de prática. Dentre as conquistas nesta área, estão a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, a ampliação do escopo de ações oferecidas nas unidades de saúde pela presença dos estudantes, e a retomada dos estudos pelos trabalhadores que exercem a preceptoria. As iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade ainda revelam relações assimétricas entre instituições de ensino e sistema de saúde, com maior interferência do primeiro sobre o segundo, com pouca participação dos alunos e da população na definição das parcerias e na pactuação

das ações. Os responsáveis pela Educação Permanente em Saúde devem também participar da gestão da integração ensino-serviço-comunidade nos municípios, para que se possa pensar em uma proposta mais global que vise realizar simultaneamente convênios que envolvam EPS e IESC. Ainda, mecanismos de gestão colegiada e compartilhada, de múltiplas vias entre a gestão municipal e a atenção à saúde são facilitadores ao sucesso da IESC. No entanto, faltam políticas que assumam que o SUS é escola de forma contundente, com adequada legislação e financiamento que possibilitem as condições para a melhoria da formação, da gestão, da atenção e do controle social.

**Palavras-chave**: Serviços de Integração Docente-Assistencial. Formação Profissional em Saúde. Gestão em Saúde. Educação Permanente em Saúde. SUS.

RIBEIRO, M.C.P. **Teaching-service-community integration:** a case study about the municipal management. 2019. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Portuguese.

## ABSTRACT

**Introduction**- The teaching-service-community integration, during the formative process in health derives from the practices performed by students inside the hospitals, focused on the acquisition of procedural knowledge. More recently, the inclusion of students in the health services network in extrahospital settings was related to the inclusion of humanistic and social aspects in the curricula and to the adoption of integrality during higher education. The approximation between the worlds of teaching and work encompasses a complexity arising from its various actors, but also from the transformations in higher education, conception about the health-disease process, the increasing institutionalization of health work and, consequently, the management of services as organizations. The municipal managers are responsible for engendering the teaching-service-community integration and coping with the biomedical model in force in schools and professional practices, with a view to qualifying work, training and health care. Objective - To know and understand the devices and arrangements of municipal management for the teaching-service-community integration and its connections with health education in SUS. Method - Qualitative research of the case study type, which seeks to describe, analyze the context, relationships and perceptions regarding the teaching-service-community integration from the perspective of municipal management. The empirical basis consisted of 19 semi-structured interviews with state / regional managers, municipal managers, local managers, preceptors and teachers from two municipalities in the region of the Grande ABC/SP, and by documentary analysis. The data were submitted to content analysis. **Results and discussion** - Five analytical categories emerged from the data produced: the place of the IESC in municipal management, the interorganizational pacts, the practice scenarios, the preceptors and the activities in the practice scenarios. Among the achievements in this area are the diversification of the teaching-learning scenarios, the expansion of the scope of actions offered in the health units by the presence of the students, and the resumption of studies by the workers who perform the preceptory. The initiatives of teaching-service-community integration still reveal asymmetrical relations between educational institutions and health system, with greater interference from the first to the second, with little participation of the students and the population in the definition of partnerships and in the agreement of actions. Those responsible

for Permanent Education in Health should also participate in the management of the teaching-service-community integration in the municipalities, so that a more global proposal can be considered that will simultaneously carry out agreements involving EPS and IESC. Also, collegial and shared management mechanisms, with multiple paths between municipal management and health care, are facilitators of IESC's success. However, there is a lack of policies that assume that the SUS is a school, with adequate legislation and funding to enable conditions for the improvement of training, management, health care and social control.

**Keywords:** Teaching Care Integration Services. Professional Training in Health. Health Management. Education in Health. SUS.

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO ..... 13**
1.1 EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: DOIS MUNDOS EM APROXIMAÇÃO 16
1.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - BREVE HISTÓRICO ..... 22
1.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ..... 29
1.4 A GESTÃO MUNICIPAL ..... 32
**2 OBJETIVOS ..... 39**
2.1 OBJETIVO GERAL ..... 39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 39
**3 ASPECTOS METODOLÓGICOS ..... 40**
3.1 CAMPOS DO ESTUDO ..... 40
3.2 ASPECTOS ÉTICOS ..... 47
3.3 DESENHO GERAL E PRODUÇÃO DOS DADOS ..... 47
**4 RESULTADOS E DISCUSSÃO ..... 53**
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA ..... 53
4.2 PANORAMA DA IESC NOS CAMPOS ..... 55
4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE ..... 56
4.3.1 O Lugar da IESC na Gestão Municipal ..... 57
4.3.2 Os Pactos Interorganizacionais ..... 63
4.3.3 Os Cenários de Prática ..... 71
4.3.4 Os Preceptores ..... 73
4.3.5 As Atividades nos Cenários de Prática ..... 77
**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 80**
**6 REFERÊNCIAS ..... 82**
**APÊNDICES ..... 97**
**ANEXOS ..... 101**
**CURRÍCULO LATTES ..... 104**

## Siglas Utilizadas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CDQ-SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualificação do SUS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGR- Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço

CIR - Comissão Intergestores Regional

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde

CRH - Coordenadoria de Recursos Humanos

CRS - Coordenadoria de Regiões de Saúde

DCN - Diretrizes Curiculares Nacionais

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação

DRS I - Departamento Regional de Saúde I

EPS - Educação Permanente em Saúde

FSP- Faculdade de Saúde Pública

IDA -Integração Docente Assistencial

IESC - Integração Ensino-Serviço-Comunidade

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IST/HIV/AIDS - Infecções Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NEPH - Núcleo de Educação Permanente e Humanização

OPS/OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIDA - Programa de Integração Docente-Assistencial

PMM - Programa Mais Médicos

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPP - Projeto Político Pedagógico

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROMED - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

PRÓ-RESIDÊNCIA - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PRÓ-RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL- Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

QUALISUS-REDE - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde

SES/SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNI - Programa Uma Nova Iniciativa

VERSUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

# 1 INTRODUÇÃO

A integração ensino-serviço-comunidade no SUS, parte do processo formativo, insere-se em uma realidade complexa, com múltiplos atores e múltiplas concepções quanto ao papel das universidades, ao processo saúde-doença, ao ideário do direito à saúde, à universalização do acesso, às formas de gestão, tudo isso atravessado pelo modo de produção capitalista e pela mercadorização da educação e da saúde.

O interesse pelo objeto do presente estudo foi motivado por recente experiência na gestão municipal, no Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde de Mauá/SP, de 2013 a 2015. À época, os serviços municipais recebiam estudantes de diferentes instituições de ensino profissional e superior, e o município havia recém-iniciado quatro programas de residência médica em rede, supervisionados por médicos pertencentes ao quadro do hospital municipal. Os desafios de conceber, planejar e executar os processos formativos e a integração ensino-serviço-comunidade na rede municipal de saúde, a interface com a educação, o contexto de disputas e conflitos entre instituições formadoras, trabalhadores, gestores e estudantes, praticamente sem apoio das esferas estadual e federal do Sistema Único de Saúde (SUS), resultaram em pensar o tema como problema de pesquisa.

Iniciaremos tratando da aproximação dos mundos da educação e do trabalho, em um contexto de transformações na formação superior durante o século XX, relacionadas aos objetivos da universidade (Santos, 1989). Até a década de 60, as funções da universidade eram basicamente a investigação científica, o ensino das aptidões/profissões, a alta cultura e a educação dos novos homens da ciência. A partir de então, há um progressivo atrofiamento da dimensão cultural com proporcional alargamento das funções utilitárias e produtivistas de tal modo que, ao final dos anos 80, uma "explosão" de funções atribuídas às universidades resultou em contradições quanto ao tipo de conhecimento produzido, ao público para o qual o conhecimento é transmitido, e quanto à autonomia na definição dos valores e objetivos institucionais (Santos, 1989).

Santos denomina "crise de hegemonia" a transformação do tipo de conhecimento produzido pela universidade a partir do século XX:

> (...) da transmissão da alta cultura, formação do caráter, modo de aculturação e socialização adequado ao desempenho da direção da sociedade, passou a ser educação para o trabalho, ensino de conhecimentos utilitários, de aptidões técnicas especializadas (...) destinadas ao espaço da produção (Santos, 1989, p.21).

Identifica como crise de legitimidade o "momento em que se torna socialmente visível que a educação superior e a alta cultura são prerrogativas das classes superiores, altas", e argumenta que a massificação da universidade resultante da democratização do ensino superior produziu, ao contrário do pretendido, um dualismo entre universidades de "elite" e universidades de "massa" em que a primeiras continuam controlando a produção da alta cultura enquanto as segundas se encarregam majoritariamente da sua distribuição e dos conhecimentos utilitários aos filhos das classes trabalhadoras (Santos, 1989).

Ademais, as propostas de redução cada vez maior dos gastos públicos e a livre iniciativa privada no âmbito do ensino superior vêm transformando os estudantes em consumidores de empréstimos, inserindo-os no mercado de trabalho mediante endividamento. O mercado universitário já representa parte significativa do comércio mundial de serviços, o que ameaça cada vez mais a noção de educação como bem público e a própria contribuição da universidade "na definição e solução coletiva dos problemas sociais, nacionais e globais" (Santos, 2004, p.44).

Sinteticamente, as dicotomias alta cultura-cultura popular, educação-trabalho e teoria-prática, assim como a reivindicação pela responsabilidade social das universidades permearam as propostas de reformas do ensino superior.

Reformas que, conforme examinado por Schraiber (1989), ao adotarem uma tese de "inadequação do ensino por referência às necessidades sociais", mascaram as causas profundas de suas contradições: as relações entre as classes no modo de produção vigente. A sociedade capitalista legitima e reproduz a ideologia dominante, as escolas contribuem às divisões técnica e social do trabalho "pela separação do trabalho manual e o intelectual mediante a valorização deste e desvalorização do primeiro, pelo parcelamento dos saberes e valorização/ desvalorização dos seus ramos parcelares, e consequente estabelecimento de uma hierarquia de qualificações" (Schraiber, 1989, p.41).

Revestida do discurso de igualdade de condições e de oportunidades na seleção e promoção dos estudantes, que lograriam ou não êxito segundo suas capacidades individuais, a universidade desempenha ainda funções sociais e simbólicas, como as de inculcar valores positivos perante o trabalho e a possibilidade de mobilidade social através da escola, perpetuando a estrutura dominante de maneira socialmente "invisível" (Santos, 1989).

O modo hegemônico da produção de saúde, por sua vez, produz e reproduz a formação tradicional. Assim, profissionais de saúde atuam segundo a estrutura fabril da linha de produção, baseada no modelo biomédico centrado na doença, nos procedimentos, na utilização crescente de tecnologias e na superespecialização, o que resulta na incapacidade já amplamente discutida de responder às necessidades em saúde da população (Ceccim e Feuerwerker, 2004a; Gigante e Campos, 2016).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o direito à saúde e o acesso universal às ações e serviços, incluindo dentre as atribuições do sistema de saúde a ordenação da formação dos seus "recursos humanos" (Brasil, 1988; 1990). A ampliação do acesso e a consequente abertura de milhares de postos de trabalho trouxeram consigo os desafios de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores do SUS. No que diz respeito à qualificação, o desafio é duplo: formar os futuros trabalhadores e qualificar as práticas dos que já atuam com competências, habilidades e atitudes voltadas às necessidades em saúde da população.

A constituição dos serviços de saúde em organizações abre espaço às mais diversas correntes da administração, desde modelos clássicos autoritários e de dominação, passando por modelos de liderança até modelos de organização mais democráticos. Rovere (1994) chama a atenção para o fato de que os usuários são submetidos a distintas fases de um processo de "montagem", sem que os serviços se responsabilizem pelo processo como um todo, em uma organização compartimentada que se estrutura sobre um total desconhecimento do que se passa fora dali.

Segundo o autor, o pessoal dos serviços de saúde não reflete sobre necessidades de saúde da população, e comumente utilizam indicadores de produção para medir a eficácia institucional, ao invés de avaliarem seus resultados. Propõe a educação permanente como forma de passagem do trabalhador, de objeto a sujeito do seu processo de trabalho (Rovere, 1994).

A adoção da integralidade como eixo para a formação constituiu-se objeto central de diversas políticas voltadas à educação superior em saúde a partir da instituição do SUS. Disputando o modelo de saúde, tais políticas buscam enfrentar os desafios atuais da formação, das práticas profissionais vigentes e do modo de organização do sistema, privilegiando a inserção dos estudantes na rede de serviços desde o início da graduação e a oferta de educação permanente aos trabalhadores.

Os pressupostos da integração ensino-serviço-comunidade e do presente estudo, portanto, baseiam-se no processo de educação voltado à transformação social, construído na relação da teoria com a realidade, contextualizado histórica e socialmente às condições reais dos sujeitos, implicando a vivência no mundo do trabalho. Assim, mundo do ensino e mundo do trabalho têm a possibilidade de recriar-se mutuamente, interrogando a realidade, buscando transformá-la.

É inegável a contribuição dos gestores municipais para a constituição dos serviços de saúde como cenário de prática aos futuros trabalhadores e para a garantia de espaços de educação permanente, embora sejam mais frequentemente investigados os aspectos relacionados aos estudantes, aos trabalhadores, aos serviços, à universidade, e aos conflitos e potencialidades da vivência no SUS durante a formação. Interessa-nos, pois, explorar a **gestão municipal** no engendramento da integração ensino-serviço-comunidade na rede de saúde. Pretendemos compreender, por meio deste estudo, as práticas adotadas, os investimentos e intenções nos seus dispositivos, arranjos, estratégias, os pactos firmados e a proximidade da formação com o SUS.

## 1.1 EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: DOIS MUNDOS EM APROXIMAÇÃO

A formação em saúde pressupõe a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos, por meio da apreensão de conteúdos definidos por Coll (apud Zabala, 1998) como conceituais (o que se deve saber), procedimentais (o que se deve saber fazer) e atitudinais (como se deve ser).

A resposta tradicional sobre o papel do ensino privilegia e valoriza os conteúdos conceituais, subdivididos em conteúdos factuais, conceitos e princípios. O ensinar predomina sobre o aprender, e o ensino é baseado na transmissão pelo docente, sendo o aluno pólo passivo do processo de assimilação (Pimenta e Anastasiou, 2010). Neste modelo de ensino, os conteúdos procedimentais ocupam lugar intermediário, e são ensinados segundo técnicas e métodos. Os conteúdos atitudinais que incluem sistemas de valores, atitudes e normas, aparecem em último lugar, ocupando mínima ou nenhuma carga horária nas estruturas curriculares. Em suma, no ensino tradicional, "acima de tudo é preciso 'saber', se necessita de um pouco 'saber fazer' e não é muito necessário 'ser'" (Zabala, 1998, p.31).

Optamos aqui pela contraposição ao modelo tradicional de ensino, pela indissociabilidade das formações teórica e prática, pela concepção socioconstrutivista[1] da aprendizagem, em que a única forma de aprendizagem significativa é a que ocorre na interação entre o sujeito, objeto, outros sujeitos e/ou a natureza. Não temos a intenção de explorar em profundidade a aprendizagem humana, mas entendemos necessário explicitar a concepção adotada para fundamentar a importância das estratégias de integração ensino-serviço-comunidade na formação em saúde. Assumimos a afirmação de Becker, de que

> Nada, a rigor, está pronto, acabado (...) o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais; e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio (...) (1993, p.88).

Freire considera que a capacidade humana de aprender deve ser utilizada "sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a" (1996, p.41). A educação deve estabelecer conexões diretas com a realidade, criando possibilidades para a construção do conhecimento. Segundo o autor, não é aceitável uma posição ingênua de neutralidade, de estudar e aprender "descomprometidamente, como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele" (Freire, 1996, p.46).

---

[1] Para conhecer sobre a concepção construtivista da aprendizagem, sugerimos consultar os autores: Vigotsky, L.S.; Piaget, J.; Coll, C.

Abrahão e Merhy (2014) argumentam que a aproximação do aluno, do docente, do profissional de saúde e do usuário, no mundo do trabalho, convida o aluno a experimentar, a criticar, a participar da experiência de ensinar e aprender, em um cenário em que todos podem buscar novos significados para dar conta do que lhes acontece. Defendem uma perspectiva pedagógica que supere estratégias de normatização da vida do outro, que possibilite alinhar os diferentes modos de andar a vida, tomando o usuário como centro do cuidado, do serviço, dos encontros e dos acontecimentos, agindo com ele e não sobre ele (Abrahão e Merhy, 2014).

O debate sobre a educação médica e as propostas de mudanças curriculares permearam o século XX, refutando fortemente o modelo vigente, consonante ao relatório Flexner[2], em que as escolas deveriam possuir seu próprio hospital de ensino com corpo clínico próprio e permanente, sendo impróprio o uso de outros serviços (Marsiglia, 1995).

As Conferências de Edimburgo realizadas em 1988 e 1993 debateram iniciativas para mudanças na educação médica em nível internacional, e recomendaram a diversificação dos cenários dos programas educacionais, a consideração das prioridades em saúde do país nas estruturas curriculares, maior vinculação com escolas de outras profissões da saúde, o ensino por meio de métodos de aprendizagem ativa, e a aproximação do ensino aos serviços de saúde existentes (Panúncio-Pinto *et al.*, 2015, p.261).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o acesso universal às ações e serviços de saúde. Em seu artigo 200º, a Constituição atribui como uma das competências do SUS a "ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde", competência também expressa pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, inciso III (Brasil, 1988; 1990).

Um sistema de saúde público e universal a mais de 200 milhões de pessoas requer enorme investimento, em quantidade e qualidade, na formação da força de trabalho (Santos e Andrade, 2012), mas também no apoio técnico-institucional aos milhares de municípios brasileiros que se incumbem da prestação de serviços de saúde. A ampliação do acesso à saúde e a consequente abertura de milhares de postos de trabalho trouxeram consigo os desafios de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores do SUS. No que diz respeito à qualificação, o desafio é duplo: formar os futuros trabalhadores e qualificar as práticas dos que

---

[2] FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

já atuam com competências, habilidades e atitudes voltadas às necessidades em saúde da população.

No âmbito da educação, a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1.996 (Brasil, 1996) estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, revogando a lei anterior, promulgada em 1961. Definiu que **a educação escolar deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social** (Brasil, 1996).

A concretização da decisão política em assumir a responsabilidade pela ordenação da formação ganhou força treze anos após a instituição do SUS, quando o presidente Luís Inácio Lula da Silva publicou o Decreto nº 4.726, em 09 de junho de 2003, reformulando a estrutura administrativa do Ministério da Saúde criando, dentre outras, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Até então, o tema da formação em saúde aparecia de maneira pouco expressiva nos textos oficiais do setor, publicados pelo governo federal (Pereira, 2013).

A SGTES deve articular e elaborar as políticas de formação para a área da saúde, incluindo em sua discussão trabalhadores, instituições formadoras, docentes, estudantes, movimentos sociais e conselhos de saúde (Mathias, 2011). Sua criação favoreceu diversas iniciativas em ordenar a formação em saúde, dentre as quais:

- Cooperação técnica entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 2005b);

- Instituição, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, da Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2005a);

- Instituição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (Brasil, 2005c)

- Criação da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 2007a).

A tentativa de aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação fomentou iniciativas para mudanças na formação superior em saúde, em aspectos relacionados à

ordenação da formação médica, à oferta de residência no SUS e à adoção da integralidade nas estruturas curriculares dos cursos de graduação, reforçando a necessidade de processos de ensino-aprendizagem no contexto real do trabalho, em cenários diversificados.

Campos ressalta, contudo, que a maioria dos cursos forma profissionais para atuar em um modelo de saúde que não é público. Formados segundo o modelo biomédico para o hospital, para os laboratórios de apoio ao hospital ou para o consultório particular, os estudantes são expostos a conteúdos centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, dependente de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, limitados ao ambiente do hospital universitário (2006).

Barreto et al. (2012) reforçam a permanência do modelo tradicional de ensino na educação superior em saúde, que não inclui estratégias problematizadoras, construtivistas. As propostas curriculares desconsideram o protagonismo dos estudantes, e raramente incluem a interação entre estudantes de diferentes profissões.

Vários outros autores propõem a educação para o trabalho em saúde, a formação conectada à realidade social e ao sistema de saúde vigente.

> A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (Albuquerque *et al.*, 2008, p.360)

> "o conceito de educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos para tornar-se a formação de um quadro de militantes do setor da saúde na execução de um projeto tecnoassistencial de saúde correspondente a um projeto de sociedade [...] deveriam ser formados profissionais detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer técnica a apreender ou a exercer"(Ceccim e Ferla, 2008, p.446)

> A realidade da transformação dos modelos de concepção e assistência em saúde e da configuração ampliada e intersetorial requer um profissional formado dentro de um conhecimento interdisciplinar, que perceba a importância de atuar em múltiplas frentes e campos,

> aceitando que as questões de saúde são produzidas a partir da forma como a sociedade se organiza, das suas orientações econômicas e do acesso político às instâncias deliberativas da vida coletiva (Panúncio-Pinto *et al.*, 2015, p. 258)

> O ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança (Ceccim e Feuerwerker, 2004b, p.47).

O artigo "O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social", discute os componentes ensino-serviço-comunidade-gestão, e aborda a fragilidade da formação dos profissionais frente às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente. Segundo os autores, a formação em saúde "tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado[...]" (Ceccim e Feuerwerker, 2004b, p.42)

A abertura das instituições de ensino ao controle social seria então necessária, uma vez que o ensino deve atender aos interesses públicos no cumprimento da formação, voltando-se às reais necessidades de saúde da população e superando o modelo biomédico hegemônico centrado em aparelhos e sistemas orgânicos, tecnologias altamente especializadas, em que o hospital é tido como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho (Ceccim e Feuerwerker, 2004b; Ceccim e Ferla, 2008).

As políticas que propuseram mudanças na formação, desde a instituição do SUS, tiveram como objetivo central orientar as graduações para a integralidade, o que significa prover o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, tornando-os mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção e mais sensíveis ao modo de vida dos usuários (Brasil, 2004b).

## 1.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - BREVE HISTÓRICO

A década de 1950 inaugura o processo docente-assistencial na América Latina, segundo Chaves, inicialmente entre faculdades do setor saúde e hospitais, sobretudo a partir da criação do Serviço Nacional de Saúde chileno (Chaves, 1994).

A reforma médica brasileira, originada entre os anos 1940 e 1950, produzida sob a crítica ao Relatório Flexner e sua cientificidade em torno da estruturação das escolas médicas estadunidenses, trazia um componente integrativo, que discutia a fragmentação especializada na formação e a necessidade de uma mudança que se impunha à prática profissional, como reflexo das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico (Mota *et al.*, 2019).

No cenário internacional, a reorientação da cura das doenças para a obtenção de um estado global da saúde, por meio da recuperação integral do paciente e da prevenção instauravam o ideário preventivista[3], a partir de três vertentes: a higiene, a discussão dos custos da atenção médica e a redefinição das responsabilidades surgidas no interior da educação (Mota *et al.*, 2019).

Suas diretivas ecoaram ao se discutir uma nova formação profissional nos seminários organizados pela Oficina Panamericana de Saúde (OPS), em Viña del Mar (Chile, 1955) e Tehuacán (México, 1956), sobre o ensino de Medicina Preventiva nas escolas médicas da América Latina. Os seminários resultaram em recomendações sobre o campo de prática ideal, "laboratório vital" para a educação médica, que deveria ser a comunidade e seus serviços de saúde, onde se integrariam práticas "preventivas e curativas".

Os relatórios dos seminários sugeriam que a conexão entre a universidade e os serviços de saúde comunitários poderia contribuir para a melhoria da qualidade da saúde pública, dentre outras maneiras, formando um médico mais preparado para as demandas de saúde individuais e coletivas (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957).

---

[3] Mais sobre: "O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva (AROUCA, 1975).

Entre as décadas de 50 e 60, inicia-se um movimento de instauração de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas, promovendo a inserção das questões médico-sociais, de higiene e de prevenção nas estruturas curriculares, e levando ao desenvolvimento de ações em ambientes extra-hospitalares (Feuerwerker e Marsiglia, 1996). O estado de São Paulo foi o local privilegiado no Brasil para a implantação dessas novas propostas de reforma do ensino médico, uma vez que aparecia como o estado brasileiro que se apresentava ao mundo com potencialidades na agricultura, no comércio e na indústria (Mota *et al.*, 2019).

Os anos 60 e 70 foram marcados pela "explosão" da oferta de vagas para estudantes de medicina, que praticamente triplicaram. As escolas médicas foram avançando para o interior, como parte do projeto desenvolvimentista da época, produzindo-se experiências plurais que se efetivariam entre o preventivismo e a medicina comunitária, originando modos variados da organização curricular e prática em cada instituição (Mota *et al.*, 2019).

À mesma época, a universidade começa a sentir sua legitimidade posta em xeque, à medida que a hierarquização dos saberes especializados pelas restrições do acesso deixa de ser consensualmente aceita frente às exigências de democratização e igualdade de oportunidades (Santos, 1989). Baseada em escolas privadas e isoladas, não proporcional à capacidade em hospitais de ensino, a expansão do ensino da medicina concentrou-se na região Sudeste, e reforçou o modelo hegemônico de educação (Edler e Fonseca, 2006).

Derivado do movimento preventivista, o ideário da medicina comunitária propunha uma medicina simplificada como estratégia de inclusão das camadas sociais marginalizadas, como no modelo anterior à explosão tecnológica, estimulando inclusive a participação comunitária na produção dos serviços por meio de trabalho voluntário (Rodrigues, 1993; Santana *et al.*, 1999).

Proposta pelos Estados Unidos, em meados da década de 60, em resposta às tensões sociais derivadas do movimento dos direitos civis, em uma conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual em torno de questões sociais como os direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza urbana e o racismo, a medicina comunitária era baseada na racionalização dos recursos humanos, na implantação de centros comunitários por instituições não governamentais (porém subsidiados pelo governo), que deveriam realizar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde em regiões delimitadas (Paim e Almeida Filho, 1998).

Até meados da década de 60 a questão prática da formação em saúde no Brasil estava circunscrita e "resolvida" nas dependências dos hospitais de ensino ligados às universidades, pelo próprio modelo (biomédico, hospitalocêntrico e especializado) vigente nos cursos. A expansão da cobertura de assistência à saúde simplificada para pobres proliferou na América Latina, sobretudo nas zonas rurais (graças ao financiamento da Aliança para o Progresso[4], de fundações norte-americanas[5] e ao apoio da Organização Panamericana de Saúde - OPS/OPAS), evidenciando a necessidade de provimento em quantidade e preparo técnico de trabalhadores de saúde, até então formados "confinados" nos hospitais (Rodrigues, 1993).

O início da integração docente assistencial (IDA) no Brasil esteve estreitamente relacionado à difusão da medicina comunitária, mas também à expansão do ensino superior em saúde na década de 70, e a consequente impossibilidade de manter todos os estudantes nos hospitais de ensino para a realização dos estágios (Rodrigues, 1993; Santana *et al.*, 1999). A IDA foi conceituada como a

> reunião de esforços em um processo, de crescente articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (INTEGRACAO docente assistencial: notícias, 1982)

O Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), desenvolvido pelo Ministério da Saúde à época do acordo de cooperação internacional com a Organização Panamericana de Saúde, e do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), na década de 80, é considerado uma "das estratégias utilizadas pelo Sistema Nacional de Saúde na busca de melhores níveis de saúde da comunidade, visando a evitar a desarticulação existente entre o ensino e a realidade prática" (Pires *et al.*, 1982, p.95).

Dentre suas ações, os programas IDA deveriam estimular a constituição de distritos docentes assistenciais com vistas ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde

---

[4] Programa voltado ao desenvolvimento econômico e social da América Latina e do Caribe, cujos princípios básicos alinhavam-se à defesa do que eram considerados valores básicos do hemisfério, tais como democracia, liberdade individual e economia de mercado. Proposta, liderada e financiada pelos EUA durante o governo Kennedy, de 1961 a 1969, a aliança reafirmava relações entre desenvolvimento, democracia e segurança hemisférica contra o avanço do comunismo, por meio da satisfação de necessidades básicas como habitação, trabalho, saúde e educação.(Pires-Alves e Maio, 2015)

[5] Notadamente as Fundações Kellog e Rockfeller

regionalizados, integrados, bem como deveriam apoiar estudos de integração dos hospitais de ensino ao sistema de saúde. O programa, marcadamente dirigido às instituições de ensino superior, em meados de 1985 já perdia força como item da agenda programática da cooperação internacional, embora tenham persistido projetos até a década de 90, com a inserção dos estudantes nos diversos serviços próprios e conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência da Social (INAMPS) (Marsiglia, 1995; Pires Alves e Paiva, 2006).

González e Almeida afirmam ainda que os projetos IDA agregavam a "tática de quebrar a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social, inserindo o estudante no serviço através de atividades de extensão" (2010, p.554). Os projetos, no entanto, apresentavam frágil sustentação institucional, e a existência de grupos refratários à reforma nas universidades enfraquecia a proposta (Paiva *et al.*, 2008)

Do ponto de vista da formação em saúde, tanto as iniciativas da medicina comunitária quando às de integração docente-assistencial produziram mínimo impacto na transformação das instituições de ensino e seus currículos, bem como na prática fragmentada nas inúmeras profissões e especialidades, permanecendo como inserção marginal restrita aos departamentos de medicina preventiva e social (Chaves, 1994; Marsiglia, 1995; González e Almeida, 2010). Chaves alerta ainda para o fato de que os projetos IDA não incluíam a comunidade em suas estruturas de poder, de modo que os projetos eram orientados para a comunidade, mas "permaneciam nas estantes acadêmicas sob a forma de teses e dissertações" (1994, p.7), mantendo a universidade irrelevante à sociedade.

No início dos anos 90, o Programa Uma Nova Iniciativa em educação nas profissões de saúde: união com a comunidade (UNI), financiado pela fundação Kellog, envolveu 23 projetos em 11 países da América Latina, sendo seis no Brasil (Universidade Estadual de São Paulo - Botucatu, Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Nacional de Brasília, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte) (Chaves, 1994).

Com apoio técnico, financeiro, maior fortalecimento dos componentes curriculares para mudanças nas escolas de saúde e não em cursos isolados, o Programa UNI preconizava a articulação entre ensino, serviço e a participação organizada da comunidade, esta última participante ativa desde a elaboração da proposta, representando um avanço ao projeto IDA (Marsiglia, 1995; Feuerwerker e Marsiglia, 1996; Almeida *et al.*, 1999; Dias *et al.*, 2013).

Chaves considera o programa UNI um programa IDA ampliado, que juntos poderiam progressivamente provocar um aumento da massa crítica de projetos brasileiros que unissem a universidade com os serviços e a comunidade (Chaves, 1994).

A temática exerceu função agregadora de interesses entre participantes dos dois projetos/programas, que desdobraram a proposta da Rede Uniida (atualmente chamada Rede Unida), em meados de 1996, com a expectativa de agregar pessoas e instituições que "compartilhem o desejo de promover mudanças nos modelos de ensino e de atenção à Saúde no Brasil" (Feuerwerker e Marsiglia, 1996, p.18). As ações da Rede Unida contribuem no debate de construção das políticas de saúde e de educação, articulando atores e instituições em torno de mudanças e novidades para a formação profissional em saúde (Dias *et al.*, 2013).

Em 1993, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde destacava "a necessidade de programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços, de forma que a docência pudesse ser feita também pelos profissionais da rede" (Brasil, 1993).

A tentativa de aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação nos anos 2000, a partir da criação da SGTES, fomentou as políticas de integração ensino-serviço-comunidade, buscando conceber a formação de nível superior como “um processo contínuo, autônomo e permanente, com uma sólida formação básica e uma formação profissional fundamentada na competência teórico-prática, de acordo com o perfil de um formando adaptável às novas e emergentes demandas” (Brasil, 2003).

A publicação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, no início dos anos 2000, expressa a inédita incorporação de aspectos estruturais do sistema de saúde durante a formação superior.

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em março de 2006, propôs, dentre outras ações, construir e ampliar a integração ensino-serviço-comunidade, buscando a inserção do estudante e do docente no processo de trabalho das equipes da rede, com vistas ao cuidado integral (Brasil, 2007b).

O Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), assim como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) propunham incorporar, no processo de formação, a abordagem integral do processo saúde-doença, a promoção de saúde, a integração ensino-serviço com inserção

precoce do estudante e ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde (Brasil, 2002). Esses programas, contudo, foram fortemente voltados às instituições públicas de ensino superior, que não representam maioria na formação em saúde, o que limita seu impacto.

O Programa Mais Médicos (PMM), em seu eixo educação, incluiu a expansão do número de vagas, a universalização da residência médica e a implantação de novo currículo para os cursos de medicina. Trouxe como novidade a inversão da lógica de ampliação privada na graduação em medicina, condicionando a expansão de cursos e vagas à necessidade social, mediante chamamento público cujas localidades são definidas pelo ministério da educação, ouvido o ministério da saúde, e não mais a partir dos interesses particulares das instituições formadoras (Brasil, 2013).

O Programa Mais Médicos prevê ainda, a celebração de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre instituições de ensino e gestores do SUS responsáveis pela rede utilizada como campo de prática em um determinado território.

O COAPES deve ser celebrado segundo as diretrizes da Portaria Interministerial nº 1.124 MS/MEC, de 04 de agosto de 2015 (Brasil, 2015a), e busca mobilizar institucionalmente a discussão, a negociação e a tomada de decisão que envolvam a organização da integração ensino-serviço-comunidade, garantindo o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e o fortalecimento do SUS como uma rede escola (Brasil, 2015c). Atualmente, poucas são as regiões brasileiras que aderiram ao COAPES, e

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA e o Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde PRÓ-RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL buscam a ampliação do número de vagas de residência em especialidades e regiões prioritárias do país, com financiamento das bolsas pelo Ministério da Saúde, além das bolsas financiadas pelo Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2009a).

A partir de 2013, o PRÓ-RESIDÊNCIA passou também a incentivar a implantação de programas de residência médica em municípios e estados brasileiros, vinculados às secretarias

de saúde, o que impôs novos desafios aos gestores municipais, ao organizarem programas de residência médica em rede, sem contar com a expertise e a estrutura das instituições de ensino.

Com o propósito de observar o uso da nomenclatura atribuída às atividades de integração ensino-serviço-comunidade nas publicações científicas, realizamos busca na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), cujos resultados encontram-se na Tabela 1. Os três termos: "integração docente assistencial"; "integração ensino-serviço"; e "integração ensino-serviço-comunidade" foram buscados no campo "palavras do título" por não ter havido mudança no descritor de assunto DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que permanece denominado "Serviços de Integração Docente Assistencial", definidos como o

> estabelecimento de uma relação de trabalho entre uma instituição prestadora de ensino e uma instituição prestadora de serviços de saúde, de caráter contínuo e prolongado, que possibilita aos alunos e professores da primeira, trabalhar em conjunto com o pessoal da segunda, em uma área de comum acordo e que, daí por diante, passa a ser chamada área docente-assistencial (Bvs, 2018).

**Tabela 1** - Publicações por termos constantes do título, base de dados LILACS, Brasil, 2018.

| | Ano da publicação | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Termos buscados no título** | **Até 1985** | **1986-1990** | **1991-1995** | **1996-2000** | **2001-2005** | **2006-2010** | **2011-2017** | **TOTAL** |
| **Integração Docente Assistencial** | 18 | 10 | 16 | 11 | 4 | 6 | 1 | **66** |
| **Integração Ensino - Serviço** | 2 | 6 | 7 | 3 | 4 | 7 | 43 | **72** |
| **Integração Ensino - Serviço-Comunidade** | -- | -- | -- | 1 | 1 | -- | 8 | **10** |

Fonte: LILACS, 05/02/2018.

Observa-se que o termo IDA prevalece nos títulos das publicações relacionadas ao tema até meados dos anos 2000, tendo sido gradualmente substituído pelo termo integração ensino-serviço; apesar dos documentos oficiais mais recentes utilizarem o termo integração ensino-serviço-comunidade, a partir da concepção de que "os processos de formação e de trabalho

devem estar conectados, tendo como base as necessidades de saúde daquele território e das pessoas que o habitam", pudemos notar que ainda é pouco utilizado pelos pesquisadores (Brasil, 2015c, p.8).

Segundo Albuquerque et al., as relações bilaterais estabelecidas historicamente entre universidade, serviços de saúde e comunidade eram expressas pela Integração Docente-Assistencial (universidade-serviços), pela Extensão Universitária (universidade-comunidade) e pela Atenção Básica (serviços-comunidade) (2008, p.357).

Caetano et al. (2009) diferenciam conceitualmente a integração ensino-serviço e docente assistencial. Segundo eles, a IDA tem caráter prioritariamente didático pedagógico, com certa rigidez nos papéis docentes e assistenciais, enquanto a integração ensino-serviço é estrutural e institucionalizada, pressupõe relações profissionais e atitudes interdisciplinares e democráticas, assumindo o cuidado à comunidade como prioridade.

A integração ensino-serviço-comunidade expressaria, então, a multiplicidade de relações entre seus componentes,

> (...) o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional (...) (Albuquerque *et al.*, 2008, p.357).

## 1.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Assumiremos o conceito-síntese de Educação Permanente em Saúde como " a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população" (Haddad Q. *et al.*, 1994, p.70).

O termo Educação Permanente, segundo Lemos (2016), aparece pela primeira vez na França em 1955, sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória, passando a ser difundido

pela UNESCO[6] durante a década de 60, sempre relacionado ao problema de educação dos adultos sob a influência dos escritos de Pierre Furter[7] (Paiva, 1977). O próprio autor, contudo, refere que a noção sobre educação permanente já aparecia em relatórios sobre o assunto nas décadas de 1920 e 1930 (Furter, 1978). A Educação Permanente em Saúde surge em meados de 1980, tendo sido disseminada pela OPAS por meio do seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Lemos, 2016).

Segundo Haddad Q. et al., a ideia da educação permanente contrapõe-se ao modelo "fabril" e seus processos de adestramento/otimização do "trabalhador-máquina" e dos gerentes, em serviços e funções isolados sem que haja uma compreensão do todo. O modelo fabril assume que o exercício do poder nas organizações é baseado em autoridade, responsabilidade e disciplina. No caso da saúde, a alienação do trabalhador produzida pela lógica da linha de produção resulta em baixa qualidade de atenção, nem sequer percebida pelas equipes (Haddad Q. *et al.*, 1994).

Os autores alertam, contudo, que "não se trata de incorporar intervenções fundadas em concepções progressistas de educação de adultos para reforçar organizações autoritárias" (Haddad Q. *et al.*, 1994, p.76), mas de problematizar o cotidiano do trabalho, elaborar os conflitos, reconhecer os trabalhadores como unidades sociais providas de história, pensar em novas formas de fazer as coisas em um processo democrático e dialógico, buscando ampliar a autonomia: promover um trabalhador sujeito de seu processo de trabalho, um estudante protagonista do seu processo de aprendizagem, e uma população protagonista no seu processo saúde-doença. Trata-se de uma "ação técnico-política de alta eficácia, mas dependente de uma política mais ampla que a inclua" (Haddad Q. *et al.*, 1994, p.87) e diríamos mais, que a sustente diante dos movimentos contrários.

A criação da SGTES desdobrou, dentre várias ações já exploradas nos capítulos anteriores, a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de seus trabalhadores.

---

[6] UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, agência especializada da ONU (Organização das Nações Unidas), responsável por coordenar cooperações internacionais em educação, ciência, cultura e comunicação. (en.unesco.org).

[7] Educador que discutia a educação de adultos em ambientes extraescolares, sob a ideia de um ser humano inacabado (Pierre Furter).

A condução locorregional da referida política era pautada na conformação de colegiados gestores denominados pólos de Educação Permanente, vinculados a um território e em cuja composição diferentes atores afetos à saúde (gestores, instituições de ensino, trabalhadores, estudantes, conselhos de saúde, movimentos sociais de saúde) deveriam negociar iniciativas em cinco campos principais: transformação de toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola; instituição de educação permanente aos trabalhadores do SUS; construção de políticas de formação e desenvolvimento em bases locorregionais; estabelecimento de mudanças nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção; e avaliação como estratégia de construção de compromissos de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A política previa, ainda, a coordenação do processo pelas secretarias estaduais de saúde, e linhas de apoio e financiamento pelo Ministério da Saúde: ferramentas e metodologias para EPS; educação para a clínica ampliada; educação e desenvolvimento da gestão e do controle social; incentivo à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no ensino de graduação nas profissões da saúde (Brasil, 2004a).

Entre julho de 2005 e julho de 2007, mudanças sucessivas na direção do Ministério da Saúde (quatro ministros da saúde) e da SGTES, levaram à rediscussão e revogação desta política, três anos e meio após sua instituição, e à publicação de nova formulação para a área. Assim, em 2007, a "segunda versão" da Política Nacional de Educação Permanente entrou em vigor no Brasil, suprimindo estratégias de apoio locorregionais e alterando as mãos de sua condução, que passou a ser de responsabilidade exclusiva dos gestores do SUS, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (atualmente designadas Comissões Intergestores Regionais - CIR[8]), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (Brasil, 2007c).

As CIES, previstas desde 1990 pelo artigo 14º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação,

[8] Comissões Intergestores, segundo do Decreto n.º 7.508/11, são “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS”. A Comissão Intergestores Regional pactua a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção (BRASIL, 2011).

condução e desenvolvimento da PNEPS, devendo apoiar as regiões de saúde[9] e propor prioridades, métodos e estratégias para a formação dos recursos humanos do SUS e também para a pesquisa e cooperação técnica (Brasil, 1990; 2007c).

O estado de São Paulo possui cinco CIES e 63 regiões de saúde (São Paulo, 2016a; Governo Do Estado De São Paulo, 2018). Os municípios de Santo André e Diadema, campos do presente estudo, têm como referência a CIES Sul/Sudeste, que abrange 15 regiões de saúde, 150 municípios e cerca de 25 milhões de habitantes, mais da metade da população do estado.

A abrangência das CIES, as atividades para as quais são designadas e o número de CIES no estado de São Paulo distanciam-nas das regiões de saúde (Schott, 2013), das Comissões Intergestores Regionais e mais ainda dos municípios, que terminam por organizar cada um ao seu modo, a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito das unidades de saúde sob sua gestão, a partir da perspectiva quase exclusiva dos gestores municipais, sobre os quais discorreremos adiante.

## 1.4 A GESTÃO MUNICIPAL

É inegável a contribuição dos gestores municipais para a constituição dos serviços de saúde como cenário de prática aos futuros trabalhadores. Contudo, o modo como a gestão da rede de saúde é concebida e organizada interfere diretamente na integração ensino-serviço-comunidade. Nos municípios, é ainda mais nítido que a visão peculiar de cada gestor da pasta (mesmo durante o curso de um único mandato, quando há troca de secretários de saúde) resulta em diferenças significativas na proposição e na execução das políticas de saúde.

Mesmo nos municípios onde a integração ensino-serviço-comunidade é consolidada, o tema raramente consta dos Planos Municipais de Saúde e demais documentos de planejamento

[9] Região de Saúde, segundo o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/90 é o "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde".

e prestação de contas do SUS, como se não fosse parte integrante da política de governo e das atribuições da **gestão em saúde**, aqui definida como

> a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, definindo os termos articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos. (Brasil, 2009b, p.13).

Rivera, ao criticar os enfoques normativo e estratégico do planejamento e da gestão em saúde, propõe, a partir do paradigma comunicativo de Jürgen Habermas, que "gerir é comunicar, negociar, problematizar coletivamente e, sobretudo, estabelecer e acompanhar compromissos linguisticamente mediados" (Rivera, 1995b, p.212).

Campos argumenta que desde os anos setenta busca-se formas de democratização dos serviços públicos de saúde no Brasil, na tentativa de ruptura com a Teoria Clássica da Administração, particularmente o taylorismo. Observa-se, porém, permanência das formas gerenciais instrumentalizadas, que tratam de disciplinar os trabalhadores pelo poder centralizado nas chefias, controles formais de horário de trabalho e de produtividade, elaboração centralizada de programas e rara/ausente comunicação entre setores e serviços (1998b).

Guizardi e Cavalcanti (2010b; a) analisam a tendência à centralização de poder normativo, característica da gestão frente ao desafio de radicalização do projeto democrático do SUS, e reforçam a necessidade de redistribuir o poder nas relações sociais como forma de ruptura, tecendo "participações como possibilidade de produção do novo e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas instituídas" (Guizardi e Cavalcanti, 2010a, p.643).

Os serviços de saúde são organizados sob o modelo tecnoassistencial hegemônico, centrado no procedimento (Albuquerque *et al.*, 2008), e raras foram as políticas de saúde construídas a partir dos usuários e suas necessidades. Assim, na integração ensino-serviço-comunidade, gestão, ensino e atenção seguem o descompasso dos modos de cuidar, ensinar e aprender.

Os estudantes anseiam por cenários de prática que contemplem suas expectativas relacionadas à carreira; à aproximação com o mercado de trabalho e com a comunidade; à

infraestrutura adequada à realização de procedimentos e técnicas; à integração com outros cursos da área da saúde; e à construção de espaço de reflexão sobre o vivido entre si e com os orientadores (Chaves e Grosseman, 2007; Silvestre *et al.*, 2016).

Os trabalhadores sentem-se sobrecarregados pela cobrança crescente de produtividade e resistem à atividade de preceptoria, muitas vezes realizada de modo assistemático e solitário. A falta de valorização do profissional, a discordância em dividir o espaço com a academia, a concepção de que o aluno atrapalha o trabalho, a preocupação com a crítica sobre o modo de atuar, a falta de tempo, a ausência de compromisso da universidade, a autoria isolada nas publicações, são algumas das causas atribuídas à recusa em participar da integração ensino-serviço-comunidade (Maria *et al.*, 1991; Albuquerque *et al.*, 2008; Cavalheiro e Guimarães, 2011; Cecilio, 2014; Vendruscolo *et al.*, 2016).

Os docentes nem sempre conhecem o funcionamento do SUS e das unidades das quais são supervisores, e por vezes menosprezam o conhecimento prático dos trabalhadores. Envolvem-se mais na pesquisa e menos na prática de cuidado. O serviço sente-se explorado pelo fato da universidade não levar em consideração as necessidades locais e os trabalhadores que lá estão; em geral os objetivos acadêmicos estão definidos *a priori* e há pouco ou nenhum espaço para a discussão dos planos de trabalho (Schmidt *et al.*, 2011; Cecilio, 2014; Vendruscolo *et al.*, 2016).

Pizzinato et al, sobre a experiência de integração dos estudantes da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, relatam como benefício uma "desacomodação na cultura estabelecida, uma provocação positiva no ânimo e no comportamento dos trabalhadores", apesar da resistência de parte deles (Pizzinato, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, *et al.*, 2012, p.175).

Por outro lado, os docentes envolvidos na supervisão das atividades questionam a qualidade das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores dos serviços, nem sempre "atualizadas" ou condizentes àquelas estudadas em sala de aula (Schmidt *et al.*, 2011).

A comunidade e suas necessidades deveriam ser o foco das proposições, mas não raramente ficam em segundo plano. Aceita ou resiste às intervenções realizadas por estudantes, segundo Vendruscolo et al. (2016), a depender do quanto o atendimento representa um "bônus" aos usuários, do vínculo e do diálogo estabelecido entre gestores e comunidade. Schmidt (2011)

trata ainda da descontinuidade das ações durante o período de férias, o que traz prejuízos e desconfiança aos serviços e aos usuários. Pizzinato et al. (2012) observam que a rotina nos serviços dificulta a participação dos trabalhadores em atividades com os acadêmicos, de reuniões de planejamento e de capacitação, o que sugere uma "divisão" de tarefas entre equipes de alunos em formação e equipes de trabalhadores do serviço.

Albuquerque et al. (2008) destacam ainda um certo distanciamento entre os envolvidos, um tratamento cerimonioso que dificulta a expressão das críticas em canais adequados, bem como a discussão dos conflitos, problemas e dificuldades que emergem da interseção entre os mundos do ensino e o da produção do cuidado em saúde.

Nota-se que os aspectos relacionados aos estudantes, aos trabalhadores aos serviços, à universidade, e aos conflitos e potencialidades da vivência no SUS durante a formação são mais frequentemente investigados. Interessa-nos, porém, explorar a **gestão municipal** no engendramento da integração ensino-serviço-comunidade na rede de saúde pela qual é responsável.

Nesta perspectiva, Ellery et al. (2013), motivados pela vivência no sistema municipal de saúde escola de Fortaleza, analisaram experiências nacionais e internacionais que postulem integração ensino, pesquisa e serviços de saúde, discorrendo sobre experiências brasileiras amplas e sistêmicas, que envolvem redes assistenciais. Dentre eles estão o sistema saúde escola de Sobral/CE, iniciado em 1997 em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a Universidade Federal do Ceará (Soares *et al.*, 2008); o próprio sistema municipal de saúde escola de Fortaleza/CE, criado em 2005 a partir da implantação do programa de residência de medicina de família e comunidade (Barreto *et al.*, 2012), ambos construídos por iniciativa da gestão municipal; a rede docente-assistencial de Florianópolis também datada de 1997, fruto de parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina em decorrência da necessidade do internato no curso de medicina (Reibnitz *et al.*, 2012).

Rodacoski et al. (2013) descrevem o processo de instituição do sistema municipal saúde-escola em São José dos Pinhais/PR, a partir de 2009, por consequência do credenciamento de programas de residência médica no município que, a exemplo das experiências citadas anteriormente, demonstram clara indução exercida pelas políticas e programas do governo

federal nos movimentos municipais em direção à gestão da integração ensino-serviço-comunidade.

Feuerwerker afirma em relação à importância na formação em saúde, que "os gestores municipais do SUS são parceiros indispensáveis nessa batalha, porque é no espaço da rede de serviços que a formação tem que acontecer" (2006, p.80). Vendruscolo et al. reforçam esta ideia ao apontar que

> quando estabelecidas relações de efetivo intercâmbio entre os discentes, docentes, usuários e profissionais nos cenários da prática, **isso se deve, em grande parte, à articulação da gestão desse processo (grifo nosso)**. Esse movimento materializa-se 'na ponta', contudo, é fruto de aproximações e acordos que iniciam nas bases organizacionais dos setores (2016, p.1019)

Nossa hipótese é a de que o engendramento da integração ensino-serviço-comunidade depende fundamentalmente de movimentos intencionais do gestor municipal na direção de relações democráticas com os serviços de saúde, instituições de ensino, estudantes e comunidade. Sobre isso, Barreto et al. alertam que

> transformar uma cultura política tradicional em uma cultura democrática requer intenso trabalho de educação permanente, tanto para os profissionais dos serviços, quanto para os que estão em processo de formação, sejam eles estudantes e/ou pessoas da comunidade. (2012, p.84)

A efetiva integração ensino-serviço-comunidade requer o desempenho de funções gestoras, "um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde" (Souza, 2002, p.37); são necessárias complexas pactuação e articulação sem as quais os cenários de prática são reduzidos a meros "fornecedores" de usuários em "escala" para treinamento de habilidades instrumentais.

As estratégias lançadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação podem provocar intensas transformações no modo de ensinar e aprender. Contudo, tais iniciativas contemplaram as instituições de ensino públicas e as privadas sem fins lucrativos, responsáveis pela formação da minoria dos trabalhadores da saúde, o que limita seu impacto. À exceção dos cursos de Medicina e Biomedicina, em que o sistema público de ensino responde por pouco mais de 50% das vagas disponíveis, a realidade das demais profissões é completamente diferente, sendo o sistema privado de ensino responsável por mais de 80% das vagas (Feuerwerker, 2014).

Quando a busca por cenário de prática pelas instituições de ensino nos municípios reforça o modelo biomédico hegemônico e supervaloriza o ambiente hospitalar em detrimento dos demais serviços de saúde, é necessário que a gestão municipal sustente o adequado enfrentamento, induzindo a presença de estudantes em ambientes pouco valorizados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de Consultório na Rua, Unidades Básicas de Saúde, dentre outros. Feuerwerker, contudo, analisa que "ninguém mais pode negar a importância de diversificar cenários de aprendizagem, mas continua sendo muito difícil levar os professores da área clínica para os cenários extra-hospitalares" (2014, p.140). Ademais,

> é necessário que o gestor seja um estrategista em suas ações, não só no sentido da descentralização dos serviços, mas a partir de sua realidade, com base em indicadores, para que possa visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços (Viegas e Penna, 2013, p.138).

Assim, são necessários novos mecanismos de planejamento e de gestão, sobretudo na formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004b).

Há que se investir, formular, executar, ainda, mecanismos de engajamento dos trabalhadores do SUS nas atividades de preceptoria/supervisão, para que estes reconheçam e assumam como suas as funções na formação dos estudantes.

Ceccim e Feuerwerker afirmam que "a construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais" é imperiosa às mudanças na formação e nos processos de trabalho das equipes com vistas à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (2004b, p.50).

O esforço empreendido por quem está à frente da integração ensino-serviço-comunidade compreenderia, segundo Cavalheiro e Guimarães,

> apostar na possibilidade de construção do novo, investir no estabelecimento de relações horizontalizadas, onde todo o produto e frutos são compartilhados, onde não há uma academia que simplesmente se utiliza do serviço como local de estágio, nem um serviço que se utiliza do estudante como mera "mão-de-obra" (2011, p.26).

Consideramos oportuno, portanto, analisar o “estado da arte” da integração ensino-serviço-comunidade nos municípios selecionados, considerando a necessidade de celebração do COAPES e o fortalecimento das estratégias de formação, fundamentais ao futuro do SUS.

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e compreender os dispositivos e arranjos da gestão municipal para a integração ensino-serviço-comunidade e suas conexões com a formação em saúde no SUS.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as modalidades de inserção dos estudantes nos serviços de saúde municipais;

- Conhecer como se dão os pactos estabelecidos entre gestão, instituições de ensino, estudantes, trabalhadores e comunidade;

- Identificar os dispositivos de gestão envolvidos na integração ensino-serviço-comunidade.

# 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

## 3.1 CAMPOS DO ESTUDO

Os municípios de Santo André e Diadema, campos do presente estudo, representados nas figuras 1 e 2, localizam-se na região metropolitana de São Paulo, e compõe a região do Grande ABC - RRAS-1[10] com os municípios de Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

**Figura 1** - Mapa da região metropolitana de São Paulo.

Fonte: Internet. Disponível em: http://www.agendeguarulhos.org.br/noticia_interna.php?id=377.

**Figura 2** - Mapa da região do Grande ABC, SP.

Fonte: Internet. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=30695208.

[10] RRAS-1 - Rede regional de atenção à saúde 1 - Deliberação CIB 36, 21/09/11.

A região é privilegiadamente localizada, próxima ao porto de Santos e à capital, com fácil acesso às rodovias Anchieta e Imigrantes, ao Rodoanel e à rede ferroviária (Consórcio Intermunicipal Grande Abc, 2017); conhecida como berço da indústria automobilística do Brasil, teve, em 2015, Produto Interno Bruto (PIB) de cerca de R$ 110 bilhões, o 2º do Estado de São Paulo e o 4º do país. A estimativa populacional da região encontra-se na tabela 2.

**Tabela 2** - Estimativa de população, municípios da região do ABC, SP, 2018.

| **Município** | **População** |
|---|---|
| São Bernardo do Campo | 833.240 |
| Santo André | 716.109 |
| Mauá | 468.148 |
| Diadema | 420.934 |
| São Caetano do Sul | 160.275 |
| Ribeirão Pires | 122.607 |
| Rio Grande da Serra | 50.241 |
| **Total** | 2.771.554 |

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Brasil, 2018b)

No ABC estão instaladas dezesseis instituições de ensino superior com cursos de graduação nas quatorze profissões de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, (Brasil, 1998), conforme Quadro 1, sendo a maioria delas de natureza privada sem fins lucrativos.

**Quadro 1** - Instituições de ensino superior com cursos de graduação na área de saúde, segundo mantenedora, cursos oferecidos e categoria administrativa, na região do ABC, SP, 09 dez. 2018.

| Município | Mantenedora | Instituição | Cursos | Categoria administrativa |
|---|---|---|---|---|
| **Diadema** | Uniesp S.A. | Faculdade Diadema | EF | Privada sem fins lucrativos |
| **Diadema** | Universidade Federal de São Paulo | Universidade Federal de São Paulo | CB, F | Pública Federal |
| **Mauá** | Uniesp S.A. | Faculdade de Mauá - Fama | E, EF, N, SS | Privada sem fins lucrativos |
| **Mauá** | Associação Educacional Nove de Julho | Universidade Nove de Julho | M | Privada sem fins lucrativos |
| **Ribeirão Pires** | Uniesp S.A. | Faculdade de Ribeirão Pires | EF | Privada sem fins lucrativos |
| **Santo André** | Uniesp S.A. | Faculdade de Santo André | SS | Privada sem fins lucrativos |
| **Santo André** | Anhanguera Educacional Participações S/A | Centro Universitário Anhanguera De Santo André | BM, CB, E, EF, F, FI, N, P, | Privada com fins lucrativos |
| **Santo André** | Fundação Santo André | Centro Universitário Fundação Santo André | CB | Privada sem fins lucrativos |
| **Santo André** | Fundação do Abc | Centro Universitário Saúde ABC | E, F, FI, M, N, TO | Privada sem fins lucrativos |
| **Santo André** | Fundação UFABC | Fundação Universidade Federal Do Abc | CB | Pública Federal |
| **São Bernardo do Campo** | Anhanguera Educacional Participações S/A | Faculdade Anhanguera De São Bernardo | E, P, SS | Privada com fins lucrativos |
| **São Bernardo do Campo** | Instituto Metodista de Ensino Superior | Universidade Metodista de São Paulo | BM, CB, EF, F, FI, FO, MV, N, O, P | Privada sem fins lucrativos |
| **São Bernardo do Campo** | Associação Educacional Nove de Julho | Universidade Nove de Julho | M | Privada sem fins lucrativos |
| **São Caetano do Sul** | Aesp - Associação Educacional de São Paulo | Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul | SS | Privada sem fins lucrativos |

| Município | Mantenedora | Instituição | Cursos | Categoria administrativa |
|---|---|---|---|---|
| **São Caetano do Sul** | Univ Mun SCS | Universidade Municipal De São Caetano Do Sul | BM, CB, E, EF, F, FI, M, N, O, P | Pública Municipal |
| **São Caetano do Sul** | Uniesp S.A | Faculdade de São Caetano do Sul | SS | Privada com fins lucrativos |

Fonte: Cadastro e-MEC (Brasil, 2017a).

Notas:

BM - Biomedicina
CB - Ciências Biológicas
E- Enfermagem
EF - Educação Física
F - Farmácia
FI - Fisioterapia
FO - Fonoaudiologia
M - Medicina
MV - Medicina Veterinária
N - Nutrição
O - Odontologia
P - Psicologia
SS - Serviço Social
TO - Terapia Ocupacional

Os municípios desta região constituem o Consórcio Intermunicipal Grande ABC, o primeiro consórcio multissetorial de direito público e natureza autárquica do país (Consórcio Intermunicipal Grande Abc, 2017).

Em 2012, a região do ABC foi uma das quinze regiões de saúde do país selecionadas à participação e implementação das ações do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QUALISUS-REDE) do Ministério da Saúde, financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, com aporte aproximado de R$14.000.000,00 (quatorze milhões de reais). O projeto tinha como objetivos contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2011; 2012b).

Os municípios de Diadema e Santo André foram selecionados como campo do presente estudo por sediarem campi de instituições de ensino superior contempladas no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), respectivamente: Faculdade de Medicina do ABC e Universidade Federal de São Paulo (Brasil, 2012c), e portanto, oferecerem seus serviços de saúde como cenário de prática. Possuem características bastante diversas entre si, o que amplia as possibilidades de produção de dados

e conhecimentos acerca do tema. O quadro 2 traz informações gerais das duas cidades, a fim de ilustrar algumas das diferenças entre eles.

**Quadro 2** - Informações gerais territoriais, demográficas, de saúde, educação e econômicas, em Diadema e Santo André, SP.

| Município | Área ($Km^2$) (2018) | DD ($hab/Km^2$) (2018) | IE (%) (2018) | TMI (‰) (2017) | TA (%) (2010) | IDHM (2010) | PIB per capita (2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Diadema** | 30,73 | 13.054,31 | 51,16 | 14,4 | 4,36 | 0,757 | 34.965,63 |
| **Santo André** | 175,78 | 3.928,50 | 96,01 | 7,3 | 2,78 | 0,815 | 38.274,00 |

Fonte: SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 07/12/2018.

Notas:

DD - Densidade demográfica
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IE - Índice de Envelhecimento
PIB - Produto Interno Bruto
POP - População
TA - Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

As características socioeconômicas do município de Santo André são mais favoráveis que as de Diadema. Este último tem investido em saúde, nos últimos anos, mais que o dobro do valor mínimo obrigatório, de 15% da receita corrente bruta (Brasil, 2012a), conforme demonstra o Quadro 3.

**Quadro 3** - Percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos em saúde, em Diadema e Santo André, SP, 2018.

| Município | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Diadema** | **34,43** | **34,37** | **37,80** | **39,26** | **39,36** | **37,77** |
| **Santo André** | 29,21 | 26,98 | 27,43 | 30,79 | 26,93 | 25,08 |

Fonte: SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, 19/05/2019.

No que diz respeito à rede de serviços de saúde, embora os municípios guardem semelhança em relação aos tipos de estabelecimentos, coerentes ao número de habitantes de cada um, a cobertura da Atenção Básica em Santo André é muito inferior à Diadema, conforme demonstrado no quadro 4. Este é um indicador que considera a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas de saúde e como eixo estruturante de programas e projetos.

**Quadro 4**. Cobertura da Atenção Básica, em Diadema e Santo André, SP, 2019.

| Município | Mai/2015 | Mai/2016 | Mai/2017 | Mai/2018 | Mai/19 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Diadema** | 67,16 | 67,62 | 69,67 | 79,53 | 82,14 |
| **Santo André** | 37,84 | 37,76 | 40,01 | 35,95 | 37,52 |

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 14/07/2019.

Ambos os municípios sediam unidades hospitalares gerais municipais e sob gestão estadual, e possuem os estabelecimentos de saúde previstos ao atendimento da população nas diversas redes de atenção à saúde, conforme pode ser observado na tabela 3.

**Tabela 3** - Quantidade de estabelecimentos de saúde, por tipo de gestão, esfera jurídica administração pública, localizados em Santo André e Diadema, SP, dezembro de 2017.

| Tipo de Estabelecimento | SANTO ANDRÉ | | | DIADEMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Estadual | Municipal | Total | Estadual | Municipal | Total |
| Central de Regulação | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Central de Regulação Médica das Urgências | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Centro de Atenção Psicossocial-CAPS | - | 5 | 5 | - | 5 | 5 |
| Centro de Saúde/ Unidade Básica De Saúde | - | 33 | 33 | - | 20 | 20 |
| Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado | - | 9 | 9 | - | 1 | 1 |
| Farmácia | 1 | - | 1 | - | - | - |
| Hospital Especializado | - | 1 | 1 | - | - | - |
| Hospital Geral | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Hospital Dia | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 |
| Laboratório Central De Saúde Pública - LACEN | 1 | - | 1 | - | - | - |
| Policlínica | - | 6 | 6 | - | - | - |
| Oficina Ortopédica | - | 1 | 1 | - | - | - |
| Pronto Atendimento | - | 4 | 4 | - | 2 | 2 |
| Pronto Socorro Geral | - | 3 | 3 | - | 1 | 1 |
| Secretaria de Saúde | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia | - | 1 | 1 | - | - | - |
| Unidade de Vigilância em Saúde | 1 | 1 | 2 | - | 1 | 1 |
| Unidade Móvel de nível Pré-Hosp-Urgência/Emergência | - | 16 | 16 | - | 12 | 12 |
| **TOTAL** | **5** | **84** | **89** | **1** | **47** | **48** |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 01/02/2018 (Brasil, 2018a).

Assim, entendemos que os municípios selecionados atendem aos quesitos necessários ao desenvolvimento do presente estudo: suficiência na rede de saúde, instituição de ensino superior instalada em seu território, recebimento de investimentos recentes tanto na área da gestão municipal quanto na área da formação profissional e, portanto, da integração ensino-serviço-comunidade, objeto de nosso interesse.

## 3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - CEP/FSP/USP em 21 de junho de 2018, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O parecer de aprovação de número 2.728.185 pode ser consultado no anexo 1.

O acesso aos campos de pesquisa foi autorizado pelos responsáveis institucionais do Departamento Regional de Saúde I da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e dos municípios de Santo André e Diadema, na qualidade de coparticipantes. Os sujeitos foram entrevistados mediante leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido - modelo constante do apêndice 2.

Para garantir o sigilo sobre a identidade dos participantes deste estudo, os municípios foram identificados pelas letras A e B, e os entrevistados identificados pela sigla da categoria a que pertencem, acrescida de um número e a letra do município a que pertencem.

## 3.3 DESENHO GERAL E PRODUÇÃO DOS DADOS

Trata-se de investigação qualitativa do tipo estudo de caso, que busca analisar a integração ensino-serviço-comunidade sob a perspectiva da gestão municipal. Segundo Hodder (2000), um estudo de caso coletivo, em que a compreensão sobre os casos particulares podem levar à melhor compreensão e, possivelmente, à melhor teorização sobre uma coleção de casos um pouco maior.

A base empírica foi constituída por entrevistas semiestruturadas e análise de documentos. A escolha pela técnica das entrevistas deveu-se ao fato de que as informações sobre os arranjos da gestão municipal extrapolam os registros formais; estão presentes na memória e no pensamento das pessoas que participam da integração ensino-serviço-comunidade (Manzini, 1991).

O roteiro das entrevistas, constante do Apêndice 1, foi confeccionado segundo Manzini (1991), iniciando-se com perguntas de fácil resposta e incluindo gradualmente assuntos mais complexos e que envolvessem maior elaboração por parte do entrevistado. Organizado em quatro eixos temáticos, cada assunto deveria ser abordado a determinadas categorias de entrevistados. Os eixos temáticos compreendiam gestão; conceitos e percepções; práticas; participação; propiciando que a integração ensino-serviço-comunidade pudesse ser explorada a partir de diferentes perspectivas.

Os entrevistados foram categorizados segundo sua função, conforme:

a. gestores estaduais/regionais (GER): ocupantes do quadro de direção regional/estadual da integração ensino-serviço-comunidade na região do ABC;
b. gestores municipais (GM): secretários municipais de saúde e/ou ocupantes do quadro de direção da integração ensino-serviço-comunidade de Santo André e Diadema;
c. gestores locais (GL): gerentes ou encarregados de unidades de saúde que configurassem cenário de prática;
d. trabalhadores atuantes na preceptoria e/ou supervisão de atividades de ensino nas unidades (P);
e. docentes de instituições de ensino superior, que coordenassem a atividade de ensino no campo da pesquisa (D).

Buscamos seguir o caminho do gestor municipal em direção às unidades de saúde e seus trabalhadores; os fóruns de negociação e deliberação, as formas de participação na gestão. Os sujeitos da pesquisa não foram selecionados previamente, mas indicados a partir das entrevistas dos gestores municipais (secretário de saúde ou representante), passando aos demais membros de suas equipes, quais fossem, outros gestores municipais e, sucessivamente, gestores locais, preceptores e docentes: indivíduos que vivenciam o problema de pesquisa ou têm conhecimentos sobre ele, pretendendo estabelecer maior proximidade com a essência do objeto estudado (Turato, 2005).

O número de entrevistados foi determinado mediante a saturação dos temas investigados, bem como a pluralidade dos atores e suas inserções no sistema de saúde. O áudio das entrevistas foi gravado e o seu conteúdo transcrito.

O critério de inclusão foi o exercício na função há pelo menos três meses. Apenas os gestores locais de unidades ambulatoriais foram entrevistados, buscando compreender a gestão da integração ensino-serviço-comunidade em cenários extra-hospitalares, não tradicionais à formação em saúde.

No município A, as entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e dezembro de 2018. O contato inicial foi realizado com o coordenador especial de projetos da secretaria de saúde, que tomou conhecimento da pesquisa, forneceu informações gerais sobre o funcionamento da secretaria, tratou da anuência e da agenda do secretário, o primeiro entrevistado. A seguir, foram entrevistadas pessoas mencionadas por ele durante a entrevista, a saber: os coordenadores da atenção básica e da assistência farmacêutica; a assessora jurídica da secretaria de saúde; a representante do município no Núcleo de Educação Permanente e Humanização da região do ABC (NEPH-ABC).

O coordenador da Atenção Básica indicou duas gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebem estudantes, que por sua vez indicaram um preceptor e também as docentes responsáveis pelos estágios da graduação em medicina que ocorrem nas unidades. Entrevistamos uma das docentes, que trabalha também no município.

A coordenadora de Assistência Farmacêutica tratou das atividades de extensão universitária realizadas na área sob sua reponsabilidade.

A diretora geral da secretaria de saúde presta assessoria jurídica ao gabinete do secretário, cabendo a ela discorrer sobre a legislação municipal e sobre os instrumentos formais de cooperação com as instituições de ensino.

A representante do município no Núcleo de Educação Permanente e Humanização da região do ABC sugeriu as entrevistas com as gestoras de um serviço que presta assistência ambulatorial especializada e que alberga um programa de residência médica municipal. Durante a entrevista, mencionou a iminência de um evento regional, a I Oficina de integração ensino-serviço-comunidade na região metropolitana de São Paulo - a rede escola no SUS e o desafio da integração do quadrilátero da formação. Pudemos participar deste evento, o que proporcionou o contato com a gestora estadual, atuante no Centro de Desenvolvimento e Qualificação do SUS (CDQ-SUS), do Departamento Regional de Saúde I da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entrevistada posteriormente.

No município B, as entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro de 2018 e janeiro de 2019. O contato inicial foi realizado com a coordenadora da escola da saúde, responsável pelas atividades acadêmicas nos serviços da rede municipal, incluindo a realização de pesquisas e, como primeira entrevistada, indicou gestores das áreas que mais recebem estudantes e também docentes de universidades conveniadas. Foram entrevistados a coordenadora de atenção básica, dois gerentes de UBS, um preceptor de UBS, um gerente e preceptor da atenção especializada em IST/HIV/AIDS, e uma docente responsável pela supervisão de estágios no município.

Os documentos examinados incluíram o plano municipal/estadual de saúde vigentes, o relatório anual de gestão 2017, as minutas dos termos de cooperação entre instituições de ensino e secretarias municipais de saúde, a legislação e demais normas infralegais vigentes no âmbito da União, estado de São Paulo e municípios campos desta pesquisa.

Os dados produzidos foram descritos e interpretados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2002), que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A partir da categorização em eixos temáticos, a análise de conteúdo "parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material" (Minayo, 2004, p.308). Permite o exame da lógica de funcionamento das organizações, das reações latentes a uma decisão, do impacto de uma medida; consiste em explorar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (Quivy e Campenhoudt, 1998).

A primeira etapa, denominada pré-análise, incluiu a leitura flutuante do conjunto dos documentos a analisar, o (re)conhecimento dos textos e a retomada das impressões tidas durante as entrevistas. Durante esta etapa foi possível sistematizar as ideias iniciais e estabelecer o esquema para as etapas posteriores.

Os documentos complementaram a análise deste estudo, e incluíram as transcrições das entrevistas; a legislação vigente; os planos municipais de saúde; e o relatório da 1ª Oficina da CIES da região metropolitana de São Paulo. Estes documentos constituíram o *corpus* para a análise, e buscamos seguir as normas de validade qualitativa: de exaustividade, por terem sido incluídos todos os elementos levantados; de homogeneidade, uma vez que todas as entrevistas abordaram o mesmo tema e foram obtidas por técnica idêntica com indivíduos semelhantes; de representatividade, dado que os sujeitos da pesquisa foram selecionados buscando abarcar a

diversidade de olhares e inserções na gestão da integração ensino-serviço-comunidade em cada um dos municípios; e de pertinência, por entendermos ter selecionado documentos adequados, fontes de informação que correspondem aos objetivos do estudo (Bardin, 2002).

A partir do *corpus*, elaboramos um roteiro para a categorização do material, identificando as unidades de registro a partir das categorias empíricas previamente programadas (eixos temáticos utilizados para o roteiro das entrevistas). A unidade de registro é entendida como "a unidade de significação a codificar; o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização" (Bardin, 2002, p.104).

Segundo Bardin, o tema enquanto unidade de registro é uma regra de recorte do sentido, selecionado a partir de uma afirmação acerca de um assunto, para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências. Norteia a descoberta dos núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença pode significar algo para o objeto analítico escolhido (Bardin, 2002).

Procedemos então à categorização, buscando constituir uma representação simplificada dos dados brutos, segundo modelo constante do quadro 5, que demonstra sinteticamente o percurso da análise. As categorias foram propostas buscando refletir as intenções da investigação, mas também garantir exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Bardin, 2002).

Dada a complexidade do assunto, analisamos as unidades temáticas à luz de referenciais teórico - conceituais sobre gestão organizacional por compromissos, relações interorganizacionais e educação permanente em saúde.

**Quadro 5** - A categorização dos dados produzidos no campo.

| Categorias empíricas | Unidades temáticas | Unidades de registro |
|---|---|---|
| **Gestão; conceitos e percepções; práticas e participação** | O lugar da IESC na gestão municipal | Existência de departamento específico para a coordenação da IESC na secretaria de saúde |
| | | Formas de comunicação entre os atores envolvidos |
| | Os pactos interorganizacionais | A negociação entre as organizações |
| | | A legislação municipal |
| | | Os termos de convênio |
| | Os cenários de prática | Processo de seleção |
| | | Influência da instituição de ensino |
| | Os preceptores | Processo de seleção |
| | | Motivações e formação do preceptor |
| | | Incentivos à preceptoria |
| | | Relação com a instituição de ensino |
| | As atividades nos cenários de prática | Organização das atividades quando o preceptor é o trabalhador |
| | | Organização das atividades quando o preceptor é o docente |
| | | Conhecimento sobre o Projeto Político Pedagógico do curso |
| | | Avaliação dos alunos, dos preceptores e dos cenários de prática |

# 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 19 pessoas envolvidas na gestão da integração ensino-serviço-comunidade dos dois municípios estudados, onze delas relacionadas às atividades de integração ensino-serviço-comunidade do município A, sete do município B e uma gestora estadual da área de educação permanente do Departamento Regional de Saúde I - Grande São Paulo; a tabela 4 sistematiza a distribuição dos entrevistados.

**Tabela 4** - Distribuição dos entrevistados, segundo categoria e local de atuação.

| | Gestor Estadual/Regional (GER) | Gestor Municipal (GM) | Gestor Local (GL) | Preceptor (P) | Docente (D) | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Município A** | -- | 6 | 3 | 1 | 1 | **11** |
| **Município B** | -- | 2 | 2 | 2 | 1 | **7** |
| **DRS-1** | 1 | -- | -- | -- | -- | **1** |
| **Total** | **1** | **8** | **5** | **3** | **2** | **19** |

As categorias de entrevistados constituíram-se por:

- Gestor estadual/regional (GER): uma fonoaudióloga

- Gestores municipais (GM): duas enfermeiras, dois cirurgiões dentistas, uma assistente social, uma farmacêutica, uma advogada e uma biomédica.

- Gestores locais (GL): três enfermeiras, um enfermeiro e uma médica.

- Preceptores (P): uma nutricionista, um médico e uma médica.

- Docentes (D): duas enfermeiras

Cada entrevista durou, em média, 30 minutos.

Todos os entrevistados tinham escolaridade superior, a maioria com título de especialista e trabalhadores do SUS há mais de dez anos, conforme demonstrado no Quadro 6.

**Quadro 6** - Graduação, titulação dos entrevistados e tempo de atuação no SUS.

| Entrevistado | Graduação | Titulação | Tempo de atuação no SUS |
|---|---|---|---|
| D1-A | Enfermagem | Doutorado em andamento | Superior a 10 anos |
| D1-B | Enfermagem | Mestrado | Superior a 10 anos |
| GER | Fonoaudiologia | Doutorado | Superior a 10 anos |
| GL1-A | Enfermagem | Especialização | Entre 5 e 10 anos |
| GL1-B | Enfermagem | Especialização | Entre 5 e 10 anos |
| GL2-A | Enfermagem | Especialização | Superior a 10 anos |
| GL3-A | Enfermagem e Fisioterapia | Especialização | Superior a 10 anos |
| GL3-B | Medicina | Especialização | Superior a 10 anos |
| GM1-A | Odontologia | Mestrado | Superior a 10 anos |
| GM1-B | Biomedicina | Especialização | Inferior a 5 anos |
| GM2-A | Direito | Graduação | Inferior a 5 anos |
| GM2-B | Enfermagem | Especialização | Superior a 10 anos |
| GM3-A | Serviço Social | Especialização | Superior a 10 anos |
| GM4-A | Odontologia | Especialização | Superior a 10 anos |
| GM5-A | Farmácia | Especialização | Superior a 10 anos |
| GM6-A | Enfermagem | Especialização | Entre 5 e 10 anos |
| P1-A | Medicina | Graduação | Inferior a 5 anos |
| P1-B | Medicina | Especialização | Superior a 10 anos |
| P2-B | Nutrição | Especialização | Superior a 10 anos |

Pudemos observar que a posição que os entrevistados ocupam no sistema de saúde resulta em diferentes perspectivas sobre a IESC. Os trabalhadores que atuam como preceptores preocupam-se prioritariamente com o enfoque pedagógico e sua influência pessoal sobre a formação dos alunos que acompanham; os gestores locais dão maior relevância ao impacto da presença dos alunos na ampliação das ações e serviços ofertados à população e também à necessidade da universidade ofertar processos formativos aos trabalhadores; os gestores municipais demonstram uma visão mais sistêmica da IESC, no que se refere à formação, à atenção e à gestão; os docentes, além do caráter pedagógico das atividades em campo,

mostraram-se interessados em discutir a qualidade dos preceptores das unidades e buscam compatibilizar currículo e atividades realizadas no cenário de prática.

## 4.2 PANORAMA DA IESC NOS CAMPOS

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS (Brasil, 2015d).

Em consulta ao sistema, pudemos observar a imprecisão de informações acerca das atividades de ensino realizadas nos serviços de saúde municipais, informação esta que deveria constar do cadastro dos estabelecimentos. De acordo com os dados do sistema, o município B contaria em sua rede com seis unidades auxiliares de ensino. O município A não possui registro de atividade de ensino no cadastro de suas unidades.

Em ambos os municípios, pudemos constatar que a entrada de estudantes na rede de serviços não é recente, quando comparada à regulamentação dos estágios na rede municipal. Os participantes mencionaram rupturas na gestão da integração ensino-serviço-comunidade, idas e vindas, avanços e retrocessos ocorridos nas mudanças de prefeito e de secretários de saúde.

*A gente teve uma certa ruptura de muitas iniciativas que a gente tinha aqui de estágios, a gente tinha uma programação forte, uma certa presença de estudantes de graduação e também de residentes de saúde da família aqui na cidade. Só que todo esse processo teve uma ruptura e a gente ficou aí de três a quatro anos praticamente com as portas fechadas para essa relação com as universidades. Então o que a gente está vivendo agora, de certo modo, é uma nova perspectiva em que a gente começa a ser procurado por universidades, na área de graduação especialmente, é um processo mais recente.* (GM4-A)

*A gente quer estabelecer uma portaria, um decreto (...) tem uma documentação, porém, ela está muito ultrapassada, faz muito tempo que isso foi feito e ninguém mexeu mais e o nosso projeto de contrapartida está parado, faz uns quatro, cinco anos que não tem mais contrapartida para o município.* (GM1-B)

Em 2018, o município A formalizou parceria com quatro universidades, nos cursos de graduação em Saúde Pública, graduação em Medicina, e pós-graduação em Obstetrícia. Há também um programa de residência médica municipal.

O município B firmou convênio com nove universidades, dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Residência Multiprofissional e Residência Médica em Pediatria, Ginecologia.

Durante a realização deste estudo, pudemos constatar que a presença marcante dos estudantes do ensino superior deveu-se aos estágios curriculares obrigatórios à graduação e à pós-graduação, incluindo-se os programas de residência médica e profissional em saúde. Outras modalidades de integração ensino-serviço-comunidade, tais como o PET-Saúde[11], VER-SUS[12], extensão universitária, não foram mencionadas durante as entrevistas, provavelmente pelo esvaziamento recente destas iniciativas no governo federal.

## 4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Conforme disposto no capítulo 3.3, o roteiro de entrevistas estabelecia quatro eixos que compreendiam gestão; conceitos e percepções; práticas; e participação.

Do conteúdo das entrevistas e dos documentos consultados emergiram as seguintes unidades temáticas de análise: o lugar da IESC na gestão municipal, os pactos interorganizacionais, os cenários de prática, os preceptores e as atividades nos cenários de prática.

---

[11] Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

[12] Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

### 4.3.1 O Lugar da IESC na Gestão Municipal

Assumiremos o conceito de gestão adotado por Lima e Rivera, "um processo político de produção de contratualidades entre os diferentes atores sociais com vistas à organização das ações de saúde"(2009, p.330).

Diversos autores têm proposto a democratização da gestão das instituições de saúde pública, em um modelo gerencial que considere o sistema de saúde em sua complexidade e que possibilite o diálogo para o estabelecimento de compromissos compartilhados (Dussault, 1992; Rivera, 1995b; Campos, 1998a).

Dussault considera que os sistemas de saúde são organizações profissionais, que lidam com problemas e necessidades em saúde complexos, cujos profissionais detêm alto grau de autonomia, e que produzem resultados difíceis de medir; tudo isso em um contexto de subordinação potencial dos usuários diante dos profissionais (Dussault, 1992).

Rivera assume que o pressuposto básico da gerência moderna tem na comunicação o seu eixo central; gerir é negociar, problematizar coletivamente, estabelecer e acompanhar compromissos (1995b, p.212). Para o autor, assim como para Dussault, a racionalidade gerencial mais adequada aos sistemas de saúde é a consensual, comunicativa, de negociação de compromissos, que privilegia a lógica da gestão pautada pela flexibilidade, pela coletivização das decisões, pela horizontalização dos fluxos de comunicação; capaz de favorecer a adesão a uma dinâmica de equipe e de motivar a participação de todos em um ambiente permeado pela responsabilidade (Dussault, 1992; Rivera, 1995a).

Na mesma direção, Campos propõe um método de cogestão que assegure o cumprimento do objetivo primário da organização e, ao mesmo tempo, permita e estimule os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de realização profissional e pessoal (Campos, 1998a).

No Ministério da Saúde, a integração ensino-serviço comunidade, no bojo da formação em saúde é uma das competências atribuídas ao Departamento de Gestão da Educação (DEGES) da SGTES, secretaria que também coordena as ações de gestão do trabalho (Brasil, 2017b).

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) há uma separação entre a IESC e a Educação Permanente em Saúde. A Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) alberga as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), enquanto a Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) alberga os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e estes, os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) e seus respectivos Núcleos de Educação Permanente para o SUS (NEP) (São Paulo, 2006).

Desde 2006, portanto, as ações estaduais de Educação Permanente estão sob responsabilidade direta ou indireta dos CDQS e dos NEP, ao menos na locorregião de cada DRS (Schott, 2013).

A transformação dos Pólos de Educação Permanente, consolidados por articulações antigas e tradicionais nas regiões; em CIES, conforme recomendado pela PNEPS, considerou a necessidade de não desarticular a integração já existente, fortalecendo a dinâmica de cooperação e participação alcançada até então pelos pólos (Secretaria De Estado Da Saúde De São Paulo e Conselho Dos Secretários Municipais De Saúde De São Paulo, 2010). Por esta razão, a abrangência das CIES do Estado de São Paulo não seguiu, inicialmente, os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde (Brasil, 2007c). Nessa transição, dos oito Pólos de Educação Permanente em Saúde, foram constituídos cinco CIES, sendo que as regiões de Registro, Sorocaba, Baixada Santista e Taubaté passaram a integrar a CIES São Paulo.

Schott (2013) analisa que as diretrizes da Portaria 1996/07 encontraram no estado de São Paulo e seus municípios uma organização administrativa que já previa uma instância responsável pela educação dos trabalhadores do SUS, e por isso as CIES deixaram de ter nesse ambiente, o contexto da prática, a centralidade prevista pela política. Uma nova política não cai num vazio institucional em direção à prática, ela encontra sedimentos, interage com as políticas existentes, presentes anteriormente (Rezende e Baptista, 2015).

Os DRS incentivam os municípios a criarem seus próprios NEP; em cada CIR há um NEP, instituído para viabilizar as discussões e atividades relativas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assim, as atribuições que dizem respeito à Educação Permanente são geralmente assumidas por representantes dos gestores municipais e pelo NEP do DRS (Schott, 2013).

Conforme já abordado no capítulo 3, a enorme área de abrangência da CIES Sul Sudeste e sua distante relação com as regiões e os municípios, marginalizam-na ainda mais das discussões e deliberações. No caso do DRS-1, há um movimento recente de instituição de uma CIES voltada à região metropolitana de São Paulo, por iniciativa dos NEPH das regiões de saúde e do CDQ-SUS (São Paulo, 2016b).

*A* gente *montou um grupo composto pelos representantes dos núcleos de educação permanente das nossas seis regiões, mais o Instituto de Saúde, mais as escolas técnicas(...) nessa época não tinha representante da universidade, ficou um grupo potente porque eram as pessoas que mais tentavam trabalhar e já vinham com acúmulo na discussão, e aí eles acharam que realmente nosso espaço da Grande São Paulo seria o ideal, que não seria um espaço sobreposto (...) se você olhar bem atentamente lá na Portaria [da PNEPS], a CIES poderia ser o NEPH né, a comissão que discutisse a integração*. (GER)

*Nos núcleos de educação permanente também tento fazer com que haja uma aproximação do pessoal que cuida do NEPH para essa temática, eu sinto que é distante, tanto da minha experiência enquanto município, porque não era a gente que cuidava, não era educação permanente né (...) tem diversas formas de organizar a gestão na secretaria municipal de saúde(...)* (GER)

*Aí a gente ficou trabalhando quase um ano inteiro só nessa perspectiva de nos fortalecer enquanto esse pequeno grupo e para poder organizar uma coisa maior que a gente pudesse pensar na integração ensino-serviço da região metropolitana. Aconteceu esse encontro no final do ano, no último ano da gestão municipal, então a gente deixou um documento pronto(...) aí mudou a gestão, quando conseguimos em 2017 pegar o embalo, trouxemos as universidades, as escolas técnicas e deu super certo...* (GER)

Este grupo se intitulou CIES Região Metropolitana de São Paulo, e já organizou duas oficinas sobre a integração ensino-serviço-comunidade em 2018, tratando da rede escola no SUS e os desafios do quadrilátero da formação (Ceccim e Feuerwerker, 2004b). A partir dos eixos Contrato/convênios, preceptoria, rede escola e currículo, o grupo pretende apoiar os municípios na discussão da integração ensino-serviço-comunidade a partir das diretrizes para implementação do COAPES (Brasil, 2015c; Cies Rmsp, 2018).

O relatório da I Oficina CIES da Região Metropolitana de São Paulo, realizada em junho de 2018, demonstra a participação de 260 pessoas de 19 municípios da RMSP, sendo 25% de gestores da Educação Permanente, 22% de gestores municipais, 21% de trabalhadores, 15% de coordenadores de instituições de ensino, 8% de docentes, 4% gestores de RH, 2% discentes, 2% de usuários e 1% de representantes de conselho de classe (Cies Rmsp, 2018).

Na região do ABC, há um NEPH regional, formado pela representação dos sete municípios e do DRS-1, que se reúne mensalmente, subsidia a CIR nos assuntos relacionados

à Educação Permanente e Humanização e tem participado dos encontros da CIES Região Metropolitana.

*O NEPH é o grande organizador perante ao estado dessas questões [da integração ensino-serviço-comunidade] e na medida em que há a discussão (...) eu recebo informações como eu também trago essas informações via NEPH.* (GM3-A)

No município A, não há um departamento que coordene a IESC, mas um colegiado gestor composto por representantes das diversas áreas, incluindo assessores do gabinete do secretário. Este colegiado está previsto no plano municipal de saúde, com a intenção de fortalecer os espaços democráticos permanentes de discussão e reflexão sobre a gestão e o trabalho. O plano declara que o coletivo de gestão é responsável pela gestão do sistema municipal de saúde e sua composição é estabelecida em função do papel dirigente dos coordenadores das áreas técnicas. Durante as entrevistas, restou demonstrada a competência descentralizada na condução da integração ensino-serviço-comunidade na rede de atenção à saúde.

*Nós tínhamos uma escola de saúde pública no município e que hoje por conta da lei de responsabilidade fiscal, a gente não pôde reconstituí-la nos moldes que ela era, mas formamos aqui um núcleo bastante importante que cuida da educação permanente (...) capilarizando para a rede a questão da educação permanente e fazendo a interface com a questão do ensino/serviço...* (GM1-A)

*Não tem alguém específico na Secretaria, a gente pede para procurar a (coordenação de) Atenção Básica.* (GL1-A)

*A gente tem um grupo que faz essa interlocução com a universidade, e muitas vezes também o próprio Secretário participa, a gente tem fórum de discussões mensais ou bimensais.* (GL4-A)

*Temos aqui um colegiado de gestão que se reúne semanalmente, a cada quinze dias a gente expande o colegiado, quando vem os representantes do núcleo de educação permanente que a gente está formando e a gente então consegue discutir as demandas, entendê-las, recodificá-las quando necessário...* (GM1-A)

*Existe um colegiado formal da secretaria que nós participamos, somos chamados uma vez por mês e eventualmente, quando há uma demanda e uma estruturação que precisa ser feita, a gente formaliza isso (...) houveram algumas discussões sobre a entrada dos alunos, e reuniões específicas para isto com as faculdades, com o fórum de diretores, que eu participei* (GM3-A)

No município B, a coordenação das ações de educação permanente e de integração ensino-serviço-comunidade fica a cargo da escola da saúde, departamento subordinado à

assessoria do gabinete do secretário e que também é responsável pela autorização e o acompanhamento das pesquisas acadêmicas realizadas na rede municipal. Todos os entrevistados deste município reconheceram a escola da saúde como responsável pela interlocução entre serviços e instituições de ensino.

*A gente tem um contato muito grande com a Escola da Saúde diretamente, então toda questão de saúde, de estágio, vínculo, saúde e ensino, é sempre montada com a equipe da Escola da Saúde. A questão legal disso também é pautada pela escola, a documentação, o seguro, tudo o que envolve os alunos...* (GM2-B)

*Hoje a gente tem a escola da Saúde, mas durante muito tempo essa integração era feita de forma mais direta, tinha uma indicação e uma formalidade de contrato com a prefeitura, mas não tinha ninguém responsável por contrato(...) ficou muito melhor, acho que com a centralização que cuida dessa burocracia de contrato, acho que fica muito mais fácil (...) hoje eu determino quantos estagiários eu posso receber, e só.* (P2-B)

Pudemos constatar em ambos os municípios estudados, que não há relação entre as atividades de gestão da educação e as de gestão do trabalho. Permanece o conceito de "RH", com setores que se ocupam das tradicionais atribuições de administração de pessoal, o que corrobora os achados de Pierantoni e Garcia, em estudo que envolveu 253 secretarias de saúde (Pierantoni e Garcia, 2012). A aproximação da gestão do trabalho e da educação nos municípios, apesar de ser um desafio, apresenta-se como uma estratégia importante destacada durante as entrevistas:

*Algumas gestões municipais tentaram aproximar a gestão do trabalho com a educação na saúde, então quando tem essas estruturas nos municípios, há uma proximidade(...) agora tem lugares que não, que tem o RH, que o RH não é da saúde, é da prefeitura, tem escolas de governo, não são escolas de saúde, então a integração ensino-serviço fica muito distante deles [dos coordenadores de EPS], mas para a gente pensar na educação permanente, se a gente quer transformar a realidade do serviço e a gente tem serviço que faz parte dessa rede escola(...) se a gente quer que o SUS seja escola, que tenha os residentes, ou que tenha estagiário da graduação, eles precisam participar, fazer, fortalecer também essa parte...*(GER)

*Eu acho que quem é da educação permanente precisa ter um pezinho nessa organização dentro da Secretaria, então a tentativa é a partir da CIES disparar algumas questões aí para o pessoal pensar isso nos núcleos de educação permanente e descentralizar mais para os municípios...* (GER)

As entrevistas demonstram também que os preceptores são partícipes raros, eventuais, ou sequer são convidados para as discussões de planejamento e gestão da IESC, que privilegiam a presença dos gestores locais, municipais e docentes.

*Tem uma reunião, primeiro para dizer dos objetivos desse convênio, e colocar a par tudo aquilo que o município e a universidade esperam, e depois a responsável pelos alunos visita as unidades para saber in loco como está essa relação* (GL3-A)

*Não tem frequência determinada, a coordenação conversa com a universidade e a universidade tem uma representante, ela passou em algumas unidades para fazer uma conversa com os preceptores, só que até o momento ela não...nós iniciamos em março, ela não esteve aqui ainda.* (GL1-A)

*Eu me reúno muito com as escolas, agora com eles [serviços de saúde] é pontual, é quando precisa. A cada três meses a gente chama porque a gente faz as escalas*. (GM1-B)

*Normalmente são reuniões mais esporádicas (...) ao final de cada estágio, a faculdade procura para saber do aluno né, e aí isso é de forma direta. Ela me liga ou passa para conversar como foi o desenvolvimento do aluno, agora quando é uma reunião de organização, precisa ampliar, a gente vai planejar, isso é esporádico, normalmente uma vez ao ano*. (P2-B)

*Os preceptores não conversam com a universidade, simplesmente eles mandaram o que é para cada preceptor seguir por e-mail e cada equipe vai seguindo o modelo que acha certo.* (GL1-A)

*Eu não participo de nenhuma reunião em relação à preceptoria.* (P1-A)

A comunicação acontece por grupos formados por aplicativo de mensagem instantânea, via telefone celular. Os entrevistados esclarecem que esta forma de comunicação é limitada a rápidos recados, alterações na escala e agendamentos de reuniões.

*A gente montou um grupo no WhatsApp®*[13] *e que a gente tem essa comunicação entre a escola, a unidade e a faculdade, então a escola da saúde, a unidade e a faculdade, para os maiores problemas a gente marca uma reunião.* (GL1-B)

*Nós temos um grupo de WhatsApp® que faz uma conversa, mas é uma coisa muito superficial, é uma coisa(...) ela passa a lista dos alunos, as datas, quando os alunos entram em férias ela manda uma mensagem avisando.* (GL1-A)

O município A apresentou maior potencial de compartilhamento e de gestão colegiada, detectável nos depoimentos dos seus entrevistados, enquanto no município B prevalece um modelo de gestão mais próximo ao modelo normativo, tradicional, o que pode favorecer a persistência de irregularidades na inserção dos estudantes nos serviços de saúde constatadas durante as entrevistas.

---

[13] Aplicativo de envio e recebimento de mensagens instantâneas para smartphone.

A existência de um departamento específico para coordenar a IESC na rede municipal não demonstrou superioridade em relação à coordenação colegiada, quando analisamos o conhecimento dos atores acerca das diretrizes municipais e o engendramento das atividades de gestão e das práticas nos serviços de saúde.

É recomendável, por tudo o que foi exposto, que os responsáveis pela Educação Permanente participem também da gestão da integração ensino-serviço-comunidade nos municípios, para que se possa pensar em uma proposta mais global que vise realizar simultaneamente convênios que envolvam EPS e IESC, tal como propõe Rovere (1994). Ainda que estes gestores não pertençam ao primeiro escalão da secretaria de saúde, devem participar dos encontros e reuniões entre os diferentes departamentos que recebem estudantes, tanto para disseminar as informações e diretrizes, como para colocar na agenda de discussão os assuntos que emergem da integração. Maior importância deve ser atribuída aos mecanismos de gestão colegiada e compartilhada, estabelecendo-se múltiplas vias entre a gestão e a atenção à saúde, fundamentais para o sucesso da IESC.

### 4.3.2 Os Pactos Interorganizacionais

Os pactos entre instituições de ensino e secretarias municipais de saúde na integração ensino-serviço serão analisados segundo o processo de desenvolvimento de relações interorganizacionais cooperativas proposto por Ring e Van de Ven (1994), tomando-se por base outros estudos (Andrade *et al.*, 2014; Andrade *et al.*, 2015).

Segundo Pierantoni e Garcia, em 2008, 67,2% das secretarias de saúde das capitais, dos estados e dos municípios com mais de 50 mil habitantes, mencionavam a existência de algum tipo de cooperação com instituições de ensino para formação de trabalhadores do SUS, dos quais 56% eram direcionadas à cessão de campos de estágio (2012).

Admite-se que os processos de desenvolvimento de relações interorganizacionais cooperativas abarcam incertezas inerentes à cooperação, necessidade de critérios eficientes e justos, necessidade de resolução de disputas, e regras para o estabelecimento da cooperação; são cíclicos, e se mantêm em modelo cíclico não por atingirem estabilidade, mas por manterem balanço entre processos formais e informais cooperação (Ring e Van De Ven, 1994).

Segundo os autores, as etapas iniciais envolvem a negociação entre os partícipes considerando suas expectativas, motivações, possíveis investimentos, atribuições das partes; é quando também emergem as incertezas do acordo que pretendem firmar. Neste estágio, o foco está nos processos de negociação, na tomada de posição das partes quanto aos possíveis termos e procedimentos, na persuasão e na barganha (Ring e Van De Ven, 1994).

Durante a I Oficina CIES RMSP o tema foi discutido no eixo contratos/convênios, e os desafios apontados no relatório sobre o encontro incluíram a formalização dos convênios e da contrapartida, diante da baixa adesão ao COAPES; a interrupção de projetos nas trocas de gestão, e a necessidade de promover encontros sistemáticos para a troca de experiências entre os diferentes atores e municípios.

Em ambos os municípios estudados, a etapa de negociação da IESC se dá a partir da iniciativa das instituições de ensino, que procuram o poder público municipal em busca de campos de estágio para seus alunos. Nesta etapa, via de regra, os atores envolvidos são os coordenadores das instituições de ensino e os gestores municipais de saúde, mediados pelas normas que os regem.

Pudemos observar, assim como Andrade et al. (2014), uma nítida separação entre a negociação no nível da articulação, em que a presença dos gestores municipais e das instituições de ensino é determinante e expressa na formalização dos termos de convênio, na escolha das unidades e dos preceptores; e a negociação no nível operacional, expressa no planejamento das atividades práticas no campo, em que é marcante a presença dos gestores locais e dos trabalhadores, com pouco ou nenhum apoio das instituições de ensino. Sobre isso discorreremos no subitem denominado "As práticas".

Na negociação predominam as necessidades da instituição de ensino, que procura os serviços por serem mais adequados à sua proposta pedagógica ou por representarem lacunas em estágios já conquistados em outros locais, o que corrobora os achados de Brehmer e Ramos (2014). As raras investidas da gestão municipal ocorrem quando há alguma impossibilidade em determinado serviço, ou quando o número pretendido de alunos ultrapassa a capacidade da unidade de saúde, sempre reativamente às propostas da instituição de ensino.

*As instituições de ensino escolhem as Unidades e apresentam a proposta (...) ou então às vezes elas indicam "eu quero em dez unidades" (...), aí a gente tem uma conversa junto para tentar adequar a proposta*. (GM2-A)

*Eles tinham interesse em instituir a residência médica de infectologia, e precisavam de campos de estágio em ambulatório, eles tinham bastante estágio na área hospitalar...* (P1-B)

A partir da negociação, a segunda etapa é a de comprometimento entre as partes, a de assunção de certos compromissos, de um acordo sobre obrigações e regras para as relações futuras. Neste ponto, os termos e a estrutura de governança são estabelecidos e codificados em um contrato de relação formal, que deve evitar impedimentos legais, erros, sub-representação de uma das partes, influências injustas (Ring e Van De Ven, 1994).

A maioria das relações interorganizacionais não são completamente especificadas formalmente, porque além de ser impossível prever tudo o que pode acontecer durante sua vigência, alguns processos informais servem como substitutos dos processos formais e, sobretudo, porque tais relações "baseiam-se mais na confiança e na equidade do que nas capacidades limitadas de monitoramento e controle da hierarquia" (Ring e Van De Ven, 1994, p.113). Assim, apenas as contigências vistas como possíveis, importantes, e sujeitas a discordância significativa entre os particípes são habitualmente incluídas nos contratos formais. Apesar de estarem envolvidas instituições e projetos, não se conectam instituições entre si, são sempre pessoas que se articulam, que constroem vínculos e pactos (Rovere, 1994).

Instrumentos documentais para a celebração de estágios de estudantes são previstos desde a promulgação da Lei nº 6.494 em 1977, mediante termo de compromisso firmado entre estes e a parte concedente, com interveniência obrigatória da instituição de ensino (Brasil, 1977). Atualmente, os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que mantém a obrigatoriedade do termo de compromisso e da contratação de seguro contra acidentes pessoais em favor do estagiário (Brasil, 2008). Mais recentemente, no bojo do Programa Mais Médicos e das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina, os Ministérios da Saúde e da Educação recomendaram os contratos organizativos de ação pública ensino-saúde (COAPES), a serem firmados entre secretarias municipais e estaduais de saúde e as instituições de ensino superior, com a finalidade de garantir a oferta suficiente de campo de prática para a integração ensino-serviço na Atenção Básica (Brasil, 2015a).

Em ambos os municípios, os aspectos formais da integração ensino-serviço-comunidade constituíram-se prioritários aos gestores que coordenam esta área e que pretendem (re) organizar a inserção dos estudantes na rede. A existência de regramento para a entrada de alunos

na rede foi mencionada por todos os entrevistados, que se demonstraram cientes e concordantes aos fluxos oficiais, como podemos observar nos trechos abaixo transcritos.

*Para fazer estágio aqui a instituição tem que entrar em contato com a Secretaria de Saúde... então a gente não pode aceitar ninguém sem antes ter toda essa documentação porque envolve seguro, envolve outros meios que a Secretaria tem que acertar...* (GL1-B)

*Agora a Escola da Saúde está tentando integrar os serviços... sempre houve esse vínculo direto...não passava por ninguém. Agora parece que está passando, eles estão fazendo um novo modelo de centralizar essa coordenação, vamos dizer assim...* (GL3-B)

*Se vem alguém aqui pedir um estágio eu oriento a procurar a Secretaria... como aqui é misto, se ela quiser fazer um estágio...no pronto atendimento, com a Coordenação da Urgência e Emergência, se for alguma coisa com relação a Atenção Básica, aí é com a Coordenação da Atenção Básica...* (GL3-A)

No município A, há duas leis e um decreto municipais que autorizam e regulamentam a realização de estágios curriculares na área da saúde, o mais recente deles sancionado em 2017. No município B, há quatro leis que dispõem sobre a concessão de estágios na área da saúde, a mais recente delas promulgada em 2005, anteriormente à lei federal vigente que regulamenta a concessão de estágios. Em ambos, a formalização do ajuste se dá por meio da celebração de termo de convênio, com renovação anual.

*A gente está indo atrás disso...finalizando uma documentação porque isso vai ser mudado e então a gente quer estabelecer uma portaria, um decreto... existe uma legislação, porém ela não é tão atualizada* (GM1-B)

*Precisa ter um regramento único para que funcione igual em todos os serviços, senão cada serviço acaba fazendo ao seu jeito... a gente queria que estivesse dentro de um sistema...do sistema de saúde* (GM2-A)

As informações sobre o conteúdo dos termos de cooperação firmados entre municípios e instituições de ensino encontram-se sistematizados no Quadro 7.

**Quadro 7** - Conteúdo dos termos de cooperação entre municípios e instituições de ensino.

| Descrição do item | Município A | Município B |
|---|---|---|
| Ato regulamentador | Lei Municipal | Lei Municipal |
| Ano da Promulgação | 2017 | 2005 |
| Tipo de Ajuste | Convênio | Convênio |
| Representação do Município | Secretário municipal de saúde | Prefeito |
| Objeto | Estabelecer condições para a concessão de campo para estágio obrigatório na rede de saúde | Realização de estágio junto aos estabelecimentos municipais de saúde |
| Termo de Compromisso entre estudante, município e instituição de ensino | Obrigatório | Obrigatório |
| Possibilidade de preceptoria pelas equipes municipais | Prevista | Não prevista |
| Estabelecimento das atividades de modo a compatibilizar os interesses didáticos e as necessidades da secretaria de saúde | Previsto | Não previsto |
| Organização da escala das atividades diárias, em conjunto com os responsáveis pelos serviços | Prevista | Não prevista |
| Apresentação de relatório técnico mensal das atividades | Não prevista | Prevista |
| Exigência de identificação e uniforme dos estagiários | Presente | Presente |
| Fornecimento de equipamentos de proteção individual | Responsabilidade da instituição de ensino | Responsabilidade da instituição de ensino |
| Efetivação do seguro contra acidentes pessoais | Responsabilidade da instituição de ensino | Responsabilidade da instituição de ensino |
| Definição e cálculo da contrapartida | Descrita no termo de convênio | Há previsão, mas não há forma de cálculo |
| Vigência do termo de ajuste | Fixada no termo de convênio | 1 ano, prorrogável por até 5 anos |
| Foro para dirimir dúvidas ou problemas na execução | Foro da comarca municipal | Foro da comarca municipal |
| Avaliação dos alunos | Não prevista | Responsabilidade da instituição de ensino |
| Menção aos usuários do sistema de saúde municipal | Não há | Não há |

A legislação do município A está mais alinhada às novas diretrizes de integração ensino-serviço, prevendo, por exemplo, a preceptoria pelos próprios trabalhadores; no município B permanece a ideia de que é a instituição de ensino que deve prover os profissionais responsáveis pelos estagiários no campo. O conteúdo dos termos de convênio do município B revela maior preocupação com os mecanismos de controle e de fiscalização, enquanto o do município A inclui aspectos relacionados à compatibilização dos interesses didáticos às necessidades dos serviços de saúde municipais e ao planejamento conjunto das atividades nos campos. Estas diferenças parecem estar relacionadas com o contexto histórico à época da sanção das leis municipais que regem a IESC pois, conforme já explicitado, a lei vigente no município B foi sancionada em 2005, enquanto a vigente no município A, em 2017, à luz das mais recentes diretrizes curriculares nacionais e das principais políticas nacionais que versam sobre o assunto.

A despeito do esforço da gestão municipal em formalizar a inserção de estudantes na rede, e da ciência da totalidade dos entrevistados sobre os fluxos existentes, pudemos constatar em um dos municípios, a persistência de atividades acadêmicas pactuadas diretamente entre os trabalhadores dos serviços de saúde e os das instituições de ensino, mediados por relações interpessoais.

*Principalmente o estágio da medicina, porque o médico é professor na faculdade e ele é médico aqui e ele é o preceptor daquela equipe, então ele fala, vamos lá, que vocês já estagiam comigo e vocês já acompanham os casos, e então fica essa coisa muito família, muito, a Medicina acha que manda aqui...* (GM1-B)

*Porque* [o município] *é o quintal da casa deles né, então os estágios sempre foram na rede...isso nunca foi pactuado antes...a coordenadora da terapia ocupacional me ligou falando: mas a gente faz isso há anos e nunca me falaram nada!...então, há anos que isso está errado.* (GM1-B)

*No nosso serviço existe uma relação histórica com a faculdade... no nosso caso houve um contato inicial conosco como eu disse, pedi que eles fizessem então um documento à secretaria na época, solicitando essa autorização para que eles frequentassem o serviço...o secretário na época também de acordo...pronto.* (P1-B)

O fato é apontado como uma das principais dificuldades da gestão municipal, sujeita aos riscos relacionados à reivindicação trabalhista, aos acidentes ocupacionais, e à responsabilidade sobre a saúde dos usuários sob cuidados de alunos irregularmente presentes nos serviços de saúde.

Os entrevistados defenderam a cobrança de contrapartida das instituições de ensino presentes nos serviços de saúde, como forma de incentivar trabalhadores e outros serviços de saúde a receberem os estudantes, além de compensar os gastos com materiais decorrentes das atividades no campo.

*Há uma demanda da nossa coordenação de que esta contrapartida se materialize em investimentos, equipamentos, na estrutura... compartilhando pelo menos um pedacinho do custo de todo o sistema de saúde...* (GM4-A)

*Nós estamos desenhando a contrapartida...nós pedimos a construção de alguns consultórios, exatamente para esses alunos poderem atender de maneira adequada.* (GL 4-A)

*Eu acho que em contrapartida a universidade poderia o ofertar uma capacitação, curso para os profissionais que tem interesse em integração, para trabalhar com isso, porque aqui na unidade eu tinha uma médica que já tinha sido preceptora, e hoje a gente não tem... trabalhar essa questão de preceptoria para a gente, para a gerência, para a gestão, para as equipes, como a gente faz essa preceptoria? Como a gente faz essa preceptoria no SUS?* (GL1-A)

*Eu acho que a escola tem muito a oferecer, então a gente poderia tentar trazer algumas capacitações... a gente percebe que tem muitos profissionais que saíram da faculdade há muito tempo e que não tiveram a oportunidade de uma pós-graduação, em se atualizar, acho que a gente precisa disso...* (GM2-B)

*Eles pararam de cobrar essa contrapartida e então as escolas usam nosso campo e a gente não tem esse retorno né... não está certo, as escolas recebem, elas têm uma verba boa...e o município perde dinheiro, gasta material né, com os alunos...* (GM1-B)

No município A, a legislação prevê e apresenta o método de cálculo da contrapartida, cujo valor é obtido em função do número de horas de ocupação dos campos. A contrapartida é executada mediante a doação de material permanente ou de consumo, sendo vedada a doação de recursos financeiros, serviços de obras de engenharia e reformas, e pagamentos de qualquer natureza aos trabalhadores de saúde lotados nos campos de estágios, tais como: remuneração pela atividade de supervisão, inscrição e/ou diárias para participação em cursos, seminários ou congressos externos à instituição de ensino, dentre outros equivalentes. As instituições públicas são isentas do oferecimento de contrapartida. Apesar disto, pudemos observar que uma das instituições de ensino remunera os trabalhadores pela atividade de preceptoria, o que contraria a determinação legal.

No município B, o oferecimento de contrapartida consta do termo de convênio como uma das obrigações da instituição de ensino, mas não há qualquer menção ao método de cálculo

ou outra determinação a respeito, o que inviabiliza qualquer cobrança, e coloca o município como único responsável pelas despesas decorrentes da IESC.

Nenhuma das leis municipais, tampouco os termos de convênio fazem qualquer menção à participação dos usuários e dos estudantes, o que sugere a fragilidade dos componentes "ensino" e "controle social", do quadrilátero da formação (Ceccim e Feuerwerker, 2004b). Na prática, alunos e comunidade ficam à margem da negociação, dos pactos, do planejamento e do acompanhamento das atividades as quais serão submetidos.

Tendo em vista que a IESC objetiva melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde, o desafio de incluir trabalhadores, gestores, docentes, estudantes/residentes, e usuários nas diferentes etapas do desenvolvimento das relações interorganizacionais, deve ser enfrentado por todos os partícipes, levando-se em conta o momento político, as condições de infraestrutura e as ameaças à sustentabilidade financeira do sistema de saúde, sempre visando à qualidade do cuidado e da formação (Brasil, 2015c).

Cabe aos municípios e às instituições de ensino o planejamento conjunto das ações, a fim de compatibilizar os objetivos pedagógicos às demandas locais, uma vez que as relações interorganizacionais duradouras tendem ao compromisso e à confiança mútua, ultrapassando os limites burocráticos dos convênios, trazendo vida às parcerias, e levando à melhoria da qualidade da atenção (Albiero, 2016).

Os compromissos firmados, nas etapas de negociação e contratualização entre instituições de ensino e secretarias de saúde, são transformados em atividades nos cenários de prática de determinados serviços de saúde da rede municipal, mediante o acompanhamento dos estudantes por profissionais ao longo do tempo. Abordaremos a seguir os aspectos que se mostraram mais relevantes com relação às práticas da gestão municipal, e que compõem as estratégias para o engendramento cotidiano da integração ensino-serviço-comunidade.

### 4.3.3 Os Cenários de Prática

A garantia de cenários de ensino-aprendizagem adequados para a formação de diversas categorias profissionais de saúde no âmbito do SUS é um dos propósitos da IESC. "Um cenário de práticas é o *locus* onde se utilizam as oportunidades para colocar a prática sob reflexão, nos diversos espaços do SUS, contribuindo para a qualificação das redes de ensino e serviço" (Brasil, 2015c).

Os depoimentos dos entrevistados no campo revelam que a designação, pela gestão municipal, dos serviços de saúde como cenários de prática, em resposta à solicitação pelas instituições de ensino depende, principalmente, de três condições: características estruturais da unidade, disponibilidade de preceptoria e perfil do gestor local (gerente, encarregado).

O manual de apoio aos gestores do SUS para a implementação do COAPES indica que "a distribuição dos serviços e o dimensionamento do número de estudantes deve contemplar o aspecto de corresponsabilidade das instituições de ensino para com a rede de saúde e os processos de desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores daquele território" (Brasil, 2015c).

Não há critérios definidos para a escolha das unidades nos municípios estudados; a instituição de ensino pode indicar as unidades de saúde de interesse, que serão concedidas mediante aceite do gestor local. O município A não possui unidades de saúde previamente cadastradas ou indicadas como unidades auxiliares de ensino, enquanto o município B tem uma de suas unidades básicas de saúde intitulada Centro de Saúde Escola. Porém, em ambos os casos, são vários os serviços da rede designados como cenários de prática para os cursos de graduação, como podemos constatar nos depoimentos dos entrevistados.

*Normalmente a escolha se dá através de equipes que estejam completas, equipes que estejam mais estruturadas.* (GL3-A)

*Cada área analisa se a unidade tem condições de receber, se é uma unidade que precisa de ajuda porque está faltando profissional, se é uma unidade que a estrutura comporta...* (GM1-B)

*Somos nós que definimos os campos, pelo porte da unidade, porque nós temos um problema muito grande com a questão da estrutura física (...)tem unidade que não comporta.* (GM2-B)

*Existe uma unidade que é fixa, que a gente já está lá há muito tempo e que foi organizada para isso mesmo, e as outras unidades a gente tenta sempre fazer um acordo de manter a mesma unidade, nem sempre é possível.* (D1-B)

*As instituições de ensino escolhem e apresentam a proposta, eu quero estágio na UBS tal, ou então as vezes elas falam "eu quero em dez unidades" e aí a gente tem uma conversa para tentar adequar a proposta.* (GM2-A)

*A gente escolheu unidades em um estágio mais avançado de organização, a estrutura física, unidades com espaço um pouco mais favorável à incorporação de novas pessoas na rotina e também o perfil dos gerentes, aqueles mais receptivos à proposta.* (GM4-A)

A adequação da infraestrutura da rede de atenção à saúde quanto aos espaços físicos, equipamentos e materiais disponíveis, deve ser contínua, e constitui aspecto importante tanto para as atividades assistenciais como para as acadêmicas (Pizzinato, Santos, *et al.*, 2012; Lima e Rozendo, 2015; Panúncio-Pinto *et al.*, 2015; Albiero, 2016).

A vinculação das instituições de ensino às unidades e territórios foi mencionada por uma das docentes entrevistadas, e considerada relevante na transformação da realidade local. Chamou-nos atenção o fato de nenhum outro entrevistado ter mencionado esta necessidade, ainda que lamentem a efemeridade da presença das instituições de ensino nos serviços.

*Uma das coisas que eu acredito...é adotar a unidade mesmo, porque cria vínculo, vínculo transforma, se você não tem vínculo as vezes não é significativo... uma das coisas que me incomoda muito é essa falta de vínculo das unidades, esse negócio de ficar cada semestre quicando numa unidade diferente...me incomoda porque quando você fica em várias unidades, nada se constrói, o tempo é curto e você não constrói vínculo, e se não constrói vínculo, não transforma a realidade.* (D1-B)

O depoimento da docente informa a noção de responsabilidade para com a saúde no território, incomum nas relações estabelecidas com as instituições de ensino. Não há qualquer previsão nos convênios ou nos depoimentos dos entrevistados que vincule as escolas aos territórios. A implicação com a melhoria dos indicadores de saúde do território, com o processo de trabalho da unidade, com as necessidades dos usuários e com as ações de educação permanente dos trabalhadores se mostra incipiente, ausente nos convênios e pouco compreendida pelos atores da IESC nos municípios.

### 4.3.4 Os Preceptores

O acompanhamento de um aluno ou profissional novato por outro mais experiente é notável na história da educação médica. Esses profissionais mais experientes, que se ocupam da formação, vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais preceptor. Adotaremos o conceito de Botti e Rego (2008), que define o preceptor como

> o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação. (Botti e Rego, 2008, p. 370)

Esta função, classicamente atribuída aos docentes universitários, vem se deslocando na direção dos serviços de saúde, na medida em que estes tornam-se cenário de prática. As principais políticas indutoras de mudanças na formação em saúde, incluindo-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, orientam a inserção precoce dos alunos na rede de atenção à saúde do SUS e o acompanhamento por trabalhadores, que atuam como preceptores (Moreira e Dias, 2015).

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde já destacava a necessidade de programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços onde se desenvolvem aquelas atividades, de forma que a docência, nos serviços, possa ser feita também pelos profissionais da rede, estabelecendo para estes uma gratificação adicional (Brasil, 1993).

Contudo, o exercício da função docente, concomitante às atividades assistenciais, é polêmico dentre os trabalhadores, formados no modelo biomédico hegemônico em cenários tradicionais do ambiente acadêmico, por professores pós-graduados.

A iminente necessidade de haver um contingente significativo de preceptores na rede, e as limitações para a composição deste quadro parecem justificar a ausência de seleção formal, bem como as exigências pouco criteriosas para esta designação. Albiero reconhece que os profissionais das equipes com perfil para trabalho integrado e interessados em trabalhar de forma parceira com a universidade devem ser garimpados pela gestão (2016), fato que pôde ser observado durante as entrevistas.

*Nós olhamos para aqueles médicos, para aquelas enfermeiras, que de uma certa forma já experimentaram processos de educação ou que estão ligados também a alguma universidade... reunimos os diretores das unidades, num primeiro momento só entre nós, já levantando quais seriam dentre as unidades, aquelas que absorveriam isso (...) depois colocamos essas equipes em contato com a universidade, quando a universidade apresentou todo o currículo... uma parte dessas equipes aderiu de pronto(...) algumas equipes ainda se retraíram, não quiseram, foram substituídas por outras.* (GM1-A)

*As faculdades começaram inicialmente procurando para campo de estágio e como eu sempre tive esse perfil da pesquisa, de ensino, é uma coisa que eu gosto de fazer, de receber os estagiários, de ensinar, então eu acabei ficando responsável porque só tinha eu, e depois, mesmo tendo outras pessoas, até hoje eu acabo ficando responsável pelos estagiários e pelos residentes.* (P2-B)

*Assim que eu cheguei aqui, já tinha sido definido que a equipe que eu viria receberia estagiários, aí eu comecei a acompanhar (...)* (P1-A)

*Nós não escolhemos* [os preceptores], *nós fizemos a conversa com eles e eles se disponibilizaram a participar(...)* (GL1-A)

*Como é que a gente ia conseguir um profissional com o perfil, com uma exigência maior do número de preceptores* [o estágio de graduação em Medicina teve de iniciar rapidamente, e inseriu mais de cem alunos na rede de saúde] *que eu tenho que ter na unidade? A gente não teve como escolher, a gente teve que jogar a proposta e ver quem ia se voluntariar.* (GM6-A)

O fato de não haver condições favoráveis à realização de processo seletivo torna ainda mais necessário investir em formação e apoio aos preceptores. Apesar de cumprirem os critérios mínimos exigidos para a função (formação, títulos de especialista) os entrevistados apontam para a necessidade de uma maior aproximação com a universidade, a fim de discutirem as competências e habilidades para o exercício da preceptoria em serviço, inclusive como forma de contrapartida, como sugere o manual de apoio aos gestores para a celebração do COAPES (Brasil, 2015c).

*Eu sou preceptora há seis meses e não participei de nenhuma reunião em relação a preceptoria.* (P1-A)

*Eu acho que a universidade podia dar uma capacitação, curso para os profissionais que tem interesse em integração, até para trabalhar com isso, porque aqui eu tinha uma médica que já tinha sido preceptora, e hoje a gente não tem, trabalhar com essa questão de preceptoria para a gente mesmo, para a gerência, para a gestão, para as equipes, como a gente faz essa preceptoria? Acho que deveria ter essa contrapartida, sabe? Como que a gente faz essa preceptoria no SUS?* (GL1-A)

Há também situações em que a instituição de ensino assume a preceptoria com seus docentes, seja na impossibilidade de conseguir o convencimento dos profissionais do serviço

em cenários considerados relevantes ou obrigatórios ao currículo, seja pela história de uso do espaço público pela instituição de ensino, com pouca ou nenhuma interface com os processos de trabalho ali existentes.

*Eu não tenho preceptor meu, é o professor da universidade. Eu discuti com todos os profissionais, e a grande maioria dos profissionais optou por não ficar com os alunos.* (GL2-A)

*São os médicos da faculdade. Eles vêm para fazer esse trabalho, tem um pediatra na unidade que toca a demanda e tem o da disciplina que recebe os alunos, a agenda é diferente em número de marcação, você marca menos consultas.* (GL3-B)

Nos casos em que a preceptoria é assumida pela instituição de ensino, geralmente o que muda é apenas o cenário da aprendizagem, pois o preceptor é o docente da sala de aula e as relações nos serviços são mais distantes, conforme discutiremos ainda neste capítulo.

Dentre as motivações para ser preceptor, os entrevistados referem a oportunidade de estudar, de atuar de forma sistematizada para que o estudante consiga apreender os conceitos e as práticas. Alegam que sem os estudantes, o trabalho tende a se tornar mecânico e irrefletido.

A preceptoria contribui para o crescimento profissional por renovar o desejo de aprender com a presença do estudante no serviço, por permitir influenciar na prática, e participar do crescimento e desenvolvimento de novos profissionais (Lima e Rozendo, 2015).

Os questionamentos dos estudantes provocam movimento nos preceptores, uma certa desacomodação em busca de conhecimentos mais atuais. O ato de realizar um procedimento com a intenção de demonstrá-lo aos alunos torna-se uma ação qualificada, pois adquire o caráter didático (Ferreira *et al.*, 2018).

*A gente acaba tendo que se atualizar, vai mais atrás das informações e aí você se interessa mais em ter a formação em dia, você acaba tendo que se atualizar, na consulta acho que a coisa fica mais didática, então eu também me obrigo a ter um raciocínio mais lógico* (P1-A)

*É só pela questão do prazer, de gostar de ensinar, e isso acabou entrando na minha rotina, mas incentivo não tem. Você acaba aprendendo coisas novas também, e as vezes até o próprio incentivo de estudar, porque às vezes tem alguma questão que você não lembra e você corre atrás.* (P2-B)

*Isso qualifica o trabalho, o profissional fica mais preocupado em mostrar um trabalho de qualidade, dentro do protocolo, então isso é um fator de qualidade para o serviço e a gente acaba formando pessoas que muitas vezes acabam voltando, como já está acontecendo, de voltarem para o serviço agora.* (P1-B)

Para Afonso e Silveira, ser preceptor é saber renovar, reconstruir e refazer a profissão; desafiar a atualização constante dos conteúdos, cuidar da aprendizagem (Afonso e Silveira, 2012).

A preceptoria exige qualificação pedagógica, tanto nos aspectos teóricos quanto práticos. Nesse sentido, o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho; deve conduzir os estudantes a problematizarem a realidade, refletirem sobre as soluções e agirem para responder as questões do cotidiano do ensino e do serviço (Lima e Rozendo, 2015).

Os preceptores sentem-se motivados a ensinar algo, reconhecidos profissionalmente. A "auto motivação" é um elemento facilitador no desempenho das funções da preceptoria, ainda que não seja suficiente (Santos *et al.*, 1991).

Em nenhum dos municípios estudados há qualquer menção oficial a incentivos à preceptoria, pelo contrário, no município A, a lei que autoriza a celebração de convênios para a IESC considera a preceptoria como atividade de relevante interesse público, que não enseja o pagamento de qualquer remuneração pela administração pública municipal e o decreto que a regulamenta, veda pagamentos de qualquer natureza aos trabalhadores lotados nos campos de estágios como forma de contrapartida da instituição de ensino. No município B, nada consta a este respeito pois, conforme já mencionamos, a lei data de 2005 e sequer considera a possibilidade de preceptoria por profissionais da rede municipal.

Apesar da vedação legal, constatamos que os profissionais preceptores dos alunos do curso de graduação em Medicina do município A recebem uma bolsa de estudo, paga mensalmente pela instituição de ensino. Para fazer jus ao recebimento, os preceptores devem frequentar atividades pedagógicas no campus da universidade. O pagamento da bolsa como forma de incentivo aos preceptores, e a insuficiência de profissionais com perfil considerado adequado ao exercício da preceptoria provocam desconforto nos gestores municipais, explicitados durante as entrevistas.

*Alguns gerentes até se envolvem, outros menos, e também por ter essa responsabilidade aí do profissional e essa bolsa, acredito que dá uma diferença (...) você está recebendo, você que cuide do seu aluno.* (GM6-A)

*A gente vê que tem preceptores sem nenhum perfil, o profissional tem dificuldades enquanto profissional e hoje é preceptor de alunos de medicina, e tem enfermeiros com fragilidades enormes na assistência, entendimento no processo de trabalho da atenção básica e é*

*preceptor de aluno, então eu não consigo ver uma luz ainda nesse sentido, primeiro a gente teria que identificar profissionais que tenham perfil e que desejem ser preceptores, e não que o interesse seja uma bolsa.* (GM6-A)

*A alternativa pela bolsa não era, no nosso ponto de vista, a melhor alternativa (...) não era a melhor alternativa do ponto de vista de coordenação, a nossa aposta era para algumas questões de estrutura, de apoio, até em função das dificuldades que a gente está tendo para sustentar [financeiramente] a rede...* (GM4-A)

Durante as entrevistas, também não houve menção a qualquer oferta de formação aos preceptores em ambos os municípios, corroborando os achados de Lima e Rozendo (2015).

Os participantes da I Oficina CIES RMSP apontaram como desafios, assim como nos campos deste estudo, a insuficiente formação dos preceptores, a falta de incentivos à atividade de preceptoria, a distância existente entre preceptores e instituições de ensino, a incipiência dos processos de avaliação dos estudantes e a sobrecarga de trabalho pela demanda do serviço e pela exigência de produtividade (Cies Rmsp, 2018).

Os incentivos à preceptoria representam um desafio à gestão municipal, dado o contexto de escassez de recursos públicos para a saúde. As ofertas de formação em preceptoria financiadas pelo Ministério da Saúde são restritas aos médicos residentes em saúde da família e comunidade, e poderiam ser expandidas para todos aqueles que exerçam esta função no SUS (Brasil, 2015b). A formação dos preceptores poderia, ainda, ser oferecida pelas instituições de ensino, assim como alguns entrevistados indicaram, sob a forma de contrapartida.

### 4.3.5 As Atividades nos Cenários de Prática

Pudemos constatar duas formas de organização das atividades no cenário de prática, a depender de quem são os preceptores: quando o preceptor é o trabalhador do serviço, e quando o preceptor é o docente da instituição de ensino. No primeiro caso, o planejamento da agenda, a discussão sobre as atividades a serem participadas com os estudantes, e o contato com o funcionamento geral da unidade são organizados pelo preceptor em conjunto com outros profissionais da unidade. Ajustes e manejos da agenda fazem parte do cotidiano do serviço e estimulam a criatividade para proporcionar experiências diversificadas.

*Eles acompanham a minha agenda normal, então não há um momento especifico de agenda de preceptoria (...)eventualmente atendem sozinhos alguns casos(...) principalmente aquelas intercorrências do dia porque nós temos um serviço porta aberta (...) tudo o que é extra agenda eles acabam vendo sozinhos e eu discuto depois, aquilo que é da própria agenda eles acompanham o atendimento comigo.* (P1-B)

*Eu botei eles para fazer o acolhimento e eu fiquei aqui observando e intervindo. A gente também separou alguns pacientes que a gente conversa antes para eles poderem atender (...)a gente agenda de forma variada quando a gente percebe que é interessante para que eles vejam. Puericultura e pré-natal, por exemplo, são rotinas mais simples, melhores para o aprendizado, mais direcionadas do que uma clínica médica que é muito ampla.* (P1-A)

*As equipes se organizam para atender em conjunto(...) a gente costuma deixar para que eles [os estudantes] também participem da organização, então a gente trabalha a agenda da equipe conforme os dias em que os alunos estarão aqui.* (GL1-A)

*[A organização das atividades] Ficou a cargo do preceptor da unidade que não tem experiência, que ele organizasse, como conduziria, junto com o gerente, as atividades do aluno. Para esse semestre eles [a instituição de ensino] fizeram o desenho de um plano mesmo, eles detalharam um pouco melhor numa reunião junto com a coordenação, com o gabinete (...)eu acho que com o tempo a gente vai qualificando mais.* (GM6-A)

No segundo caso, quando são os professores que adentram o serviço juntamente com os alunos, o compartilhamento é mínimo ou inexiste, e por vezes, o serviço ignora o que acontece entre seus usuários e a "equipe da faculdade". O gestor local fica responsável por organizar o espaço físico para o atendimento e a recepção por admitir o usuário no serviço.

*Nós fazemos uma agenda para o professor e ele atende com os alunos.* (GL2-A)

*A gente conversa sobre o número de atendimentos, tudo bem se atende menos, mas não tão menos, então isso é negociado, a agenda fica na recepção e as consultas são marcadas.* (GL3-B)

Albiero argumenta que a agenda própria aparta os objetivos dos grupos envolvidos e evidencia um descompasso entre os objetivos pedagógicos e os assistenciais (Albiero, 2016). O que muda, neste caso, é o cenário da aprendizagem, apenas.

O desconhecimento acerca do projeto político pedagógico (PPP) dos cursos foi relatado pela maioria dos entrevistados do serviço, a despeito dos docentes alegarem compartilhamento com os serviços. Há exigência do PPP durante a formalização dos convênios, mas o documento termina arquivado nos procedimentos administrativos e raramente chega ao conhecimento das equipes e dos preceptores.

*A gente partiu de uma grade que a faculdade já utiliza em outros campos de estágios que ela tem, mas na prática o que a gente está observando é que os gerentes têm conseguido manejar*

*de uma forma bem interessante, fazer ajustes, e de alguma forma incorporar esses estudantes mais à rotina da unidade, agregando temas* (GM4-A)

*Isso é até uma das críticas que a gente faz, a gente acaba conhecendo através deles mesmos [alunos], quando eles chegam, que processo eles estão da passagem dos estágios e tudo, mas a gente acaba não conhecendo o todo do programa da residência médica.* (P1-B)

*Não tem o projeto político pedagógico(...) a gente tem a ementazinha que eles fizeram para o estágio, a gente não teve acesso inicialmente, mas eles até mandaram a ementa para a gente saber o que eles já viram de matéria, de disciplina na faculdade.* (P1-A)

Os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde não participam da discussão do currículo e do seu conteúdo, tampouco da construção das metodologias, embora construam ativamente o plano de atividades do estágio e lidem cotidianamente com as dificuldades de garantir o ensino e a atenção à saúde. Os serviços de saúde sofrem maior interferência das instituições de ensino que o contrário; nenhum dos entrevistados mencionou haver espaço para discutir o conteúdo curricular com as universidades, assim como relatado por Azevedo et al. (2013).

Enquanto a universidade tem objetivos eminentemente pedagógicos, o serviço tem expectativas diversas, como sugeridas por Ceccim e Feuerwerker (2004b), tais como a qualificação de seus recursos humanos, aumento de resolubilidade, maior legitimidade social, resolução de demandas reprimidas ou especializadas. Ambos "têm objetivos legítimos, porém se os processos de trabalho, agendas e planejamentos não forem compartilhados, a integração ensino-serviço não se efetiva em todo ou em parte" (Albiero, 2016, p.89).

# 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração ensino-serviço-comunidade é pauta recente na gestão municipal da saúde e sua discussão tem sido provocada pela crescente procura das instituições de ensino por campos de estágio, necessários ao cumprimento de suas finalidades acadêmicas.

Durante a realização deste estudo, pudemos constatar que a presença marcante dos estudantes do ensino superior deveu-se aos estágios curriculares obrigatórios à graduação e à pós-graduação, incluindo-se os programas de residência médica e profissional em saúde. Outras modalidades de integração ensino-serviço-comunidade, tais como o PET-Saúde[14], VER-SUS[15], extensão universitária, não foram mencionadas durante as entrevistas, provavelmente pelo esvaziamento recente destas iniciativas no governo federal.

Apesar dos esforços empreendidos no sentido de promover a formação em saúde alinhada à realidade social do país e às necessidades em saúde da população, as iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade revelam relações assimétricas entre instituições de ensino e sistema de saúde, com maior interferência do primeiro sobre o segundo (Azevedo *et al.*, 2013; Albiero, 2016).

Os gestores municipais se mostram adjuvantes e precisam assumir seu papel na condução ativa desta negociação, inserindo as demandas locais de saúde nos seus termos, bem como incluindo a IESC nos instrumentos formais de planejamento do SUS. Além disto, cabe aos gestores municipais identificarem os serviços mais adequados à consecução das atividades da IESC, assim como os trabalhadores com perfil para atuarem em preceptoria, e buscarem recursos para garantir estrutura física adequada, incentivos e compensações aos trabalhadores preceptores.

O modelo de gestão adotado nas secretarias municipais interfere diretamente na IESC, na medida que a efetiva integração depende de arranjos e dispositivos democráticos, de compartilhamento de informações e de negociação engajada dos diferentes atores envolvidos.

---

[14] Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

[15] Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

Dentre as conquistas das recentes políticas públicas nesta área, podemos citar a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, a ampliação do escopo de ações oferecidas nas unidades de saúde pela presença dos estudantes, e a retomada dos estudos pelos preceptores da rede.

Os gestores consideram a relevância da IESC na formação dos novos profissionais de saúde e têm a expectativa de que estes estudantes retornem para trabalhar no SUS após concluírem seus cursos. Consideram positivo o movimento produzido nas equipes, que passam a buscar constante atualização a fim de orientarem os alunos, que por sua vez, concluem a formação mais "preparados" para atuarem na saúde pública.

As novas DCN para os cursos de graduação em saúde tornaram obrigatória, para o setor ensino, a inserção precoce dos estudantes na rede de atenção do SUS, enquanto no setor saúde a integração ensino-serviço-comunidade é apenas recomendada (Albiero, 2016). Faltam ao setor saúde políticas que assumam que o SUS é escola de forma contundente, com adequada legislação e definição de financiamento (Albiero, 2016).

Observa-se pouca participação dos alunos e da população na definição das parcerias e na pactuação das ações. Cavalheiro e Guimarães consideram que seria “muito educativo que os representantes da academia participassem efetivamente do controle social, para aprender a ouvir os saberes e desejos da população e refletir sobre seu papel" (2011, p. 21).

Caberia, então, aos municípios e às instituições de ensino o planejamento conjunto das ações, a fim de compatibilizar os objetivos pedagógicos às demandas locais, uma vez que as relações interorganizacionais duradouras tendem ao compromisso e à confiança mútua, ultrapassando os limites burocráticos dos convênios, trazendo vida às parcerias, e levando à melhoria da qualidade da atenção. A regularidade de concessão dos cenários de prática às mesmas instituições de ensino, sem trocas semestrais, pode contribuir para a construção de projetos mais estruturados de atenção à saúde e de formação ao longo do tempo (Albiero, 2016). Ainda, é preciso instituir mecanismos de avaliação mútua, em que todos estejam engajados em compromissos compartilhados para o alcance dos objetivos precípuos da IESC, quais sejam melhorar a formação, a gestão, a atenção e o controle social.

# 6 REFERÊNCIAS


ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu),** v. 18, n. 49, p. 313-324, jun, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf >. Acesso em: 26 jun. 2019.

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. D. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da formação médica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto,** v. 11, n. supl.1, p. 82-86, 2012. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313#citar >. Acesso em: 04 mar. 2019.

ALBIERO, J. F. G. **Avaliação da integração ensino-serviço na At ção Básica do Sistema Único de Saúde** 2016. 184 p. (Doutorado). Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

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,** v. 32, n. 3, p. 356-362, 09/2008 2008. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf >.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. 183 p. ISBN 85-271-0509-8.

ANDRADE, S. R. D. et al. Mecanismos de controle da integração ensino-serviço no Pró-Saúde Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.,** v. 36, n. 3, p. 56-62, 09/2015 2015. ISSN 1983-1447. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472015000300056&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >.Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300056&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >.Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/1983-1447-rgenf-36-03-00056.pdf >.Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/pt_1983-1447-rgenf-36-03-00056.pdf >.

_____. Relacionamento interorganizacional na integração ensino-serviço de enfermagem na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília**,** v. 67, n. 4, p. 520-527, ago, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400520&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#B12 >. Acesso em: 01 fev. 2019.

AZEVEDO, B. M. D. S. et al. Medical education under debate: perspectives from the intersection of teaching institutions and the public healthcare system. **Interface (Botucatu),** v. 17, n. 44, p. 187-200, 03/2013 2013. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop5412.pdf >.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2002. 229 p.

BARRETO, I. C. D. H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade,** v. 21, p. 80-93, 2012. ISSN 1984-0470. Disponível em: < https://doaj.org/article/b1d5f1c32e694ab3a66febf6f5c00c0f?frbrVersion=2 >. Acesso em: 01 set. 2017.

BECKER, F. O que é construtivismo? **Série Ideias**, São Paulo, n. 20, p. 87-93, 1993. Disponível em: < http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_20_p087-093_c.pdf >. Acesso em: 11 jan. 2018.

BOTTI, S. H. D. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro**,** v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011 >. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 6494, de 7 de dezembro de 1977. Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino

profissionalizante do 2º grau e supletivo, e dá outras providências. 1977. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6494.htm >. Acesso em: 14 fev. 2019.

_____. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm >. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 60 p. ISBN 0104-4117. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf >. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece diretrizes e bases para a educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm >.

_____. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho**. Brasília 1998.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610, de 23 de março de 2002. **Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas - Promed**, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 67/2003. **Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação**, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências., 2004a. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Oficina de Trabalho AprenderSUS. O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. **Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências**, Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. **Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde**, Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. **Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia**, Brasília, 2005c.

_____. Decreto de 20 de junho de 2007. **Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências**, 2007a. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret_sn/2007/decreto-36712-20-junho-2007-555637-publicacaooriginal-74960-pe.html >. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 156 Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_gestao_trabalho_educacao_saude_relatorio_final.pdf >. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2007c. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html >. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n º 5.452, de 1 o de maio de 1943, e a Lei n o 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis ª os 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei n o 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6 o da Medida Provisória n o 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências., 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm >. Acesso em: fev. 2019.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. **Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.**, Brasília, DF, 2009a. Disponível em: < http://www.prosaude.org/noticias/residencia/PortariaInterministerialN1001-22outubro2009-Pro-Residencia.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais.** 2011.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3 º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências., 2012a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm >. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.375, de 3 de julho de 2012. D efine as regiões selecionadas para participação e implementação das ações dos subprojetos do Projeto QualiSUS-Rede.** 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.805, de 6 de dezembro de 2012. Define os valores para a implementação do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - Pró-Saúde, a ser repassado aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde em parcela única., 2012c. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2805_06_12_2012.html >. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências**, Brasília, DF, 2013.

_____. **Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de setembro

de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos -Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013., 2015b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1618_30_09_2015.html >. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Brasília: Ministério da Saúde**:** 27 p. p. 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.646, de 02 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2015d. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html >. Acesso em: 04 mar. 2019.

_____. **E-MEC. Cadastro e- MEC de instituições e cursos de educação superior** 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2017b. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgtes >. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. **CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2018a.

_____. **IBGE. Estimativas de População 2017.** 2018b.

BREHMER, L. C. D. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 16, n. 1, p. 228-37, 2014/03/31 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: < https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20132 >. Acesso em: 02 MAR. 2019.

BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde,** 2018.

CAETANO, J. Á.; DINIZ, R. D. C. M.; SOARES, E. S. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm,** v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009. Disponível em: < https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16376/10857 >. Acesso em: 04 mar. 2019.

CAMPOS, G. W. D. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro**,** v. 14, n. 4, p. 863-870, out., 1998a. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública,** v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998b. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: (Ed.). **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v.3, 2006. p.188.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro**,** v. 1, n. dez. 2011, p. 19-25, 2011. ISSN 2237-4175. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf >. Acesso em: 14 nov. 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde,** v. 6, n. 3, p. 443-456, 00/2008 2008. ISSN 1981-7746. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf >. Acesso em: 25 set. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf >. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

CECILIO, L. C. D. O. A questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Forum Sociológico**, n. 24, p. 113-120, 2014-11-01T00:00:00+01:00 2014. ISSN 0872-8380. Disponível em: < http://journals.openedition.org/sociologico/1125 >.

CHAVES, I. T. D. S.; GROSSEMAN, S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Rev. bras. educ. med.,** v. 31, n. 3, p. 212-222, 2007. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/03.pdf >. Acesso em: 21 fev. 2018.

CHAVES, M. M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulg. saúde debate**, Londrina**,** v. 9, p. 5-9, 1994.

CIES RMSP, C. I. E. S. R. M. D. S. P. **Relatório da 1ª Oficina: A integração ensino-serviço-comunidade na Região Metropolitana de São Paulo - A Rede Escola no SUS e o desafio da integração do quadrilátero da formação**. Santo André**:** 19 p. 2018.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC. Santo André, 2017. Disponível em: < http://consorcioabc.sp.gov.br/o-grande-abc >. Acesso em: 10 jul. 2017.

DIAS, H. S. A.; LIMA, L. D. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 06/2013 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf >. Acesso em: 15 jul. 2016.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **RAP,** v. 26, n. 2, p. 8-19, abr-jun, 1992. Disponível em: < http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792/7531 >. Acesso em: 10 jan. 2019.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. D. Tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960. **Cadernos ABEM,** v. 2, p. 23-24, 2006. Disponível em: < http://abem-educmed.org.br//wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol02.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2018.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude soc.,** v. 22, n. 1, p. 187-196, 03/2013 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/17.pdf >. Acesso em: 12 ago. 2017.

FERREIRA, F. D. C.; DANTAS, F. D. C.; VALENTE, G. S. C. Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. **Rev. bras. enferm,** v. 71, n. supl.4, p. 1564-1571, 2018. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000701564 >. Acesso em: 27 fev. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Estratégias para a mudança na graduação das profissões da saúde** Cadernos ABEM. Brasília. 2**:** 78-80 p. 2006.

_____. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. ISBN 978-85-66659-19-1. Disponível em: < http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view >. Acesso em: 24 out. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. **Estratégias para mudanças na formação de RHS com base nas experiências IDA/UNI**. Divulgação em saúde para debate. Londrina**:** 24-28 p. 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. ISBN 85-219-0243-3. Disponível em: < http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf >. Acesso em: 18 dez. 2017.

FURTER, P. **O planejador e a educação permanente.** Cadernos de Pesquisa. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 27**:** 73-99 p. 1978.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. D. S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. educ. saúde,** v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016. ISSN 1981-7746. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf >.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. D. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis,** v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf >.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Regionalização no estado de São Paulo. 2018. Disponível em: < http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/informacoes-de-saude-/regionalizacao-no-estado-de-sao-paulo >. Acesso em: 21 fev. 2018.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. D. O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS*. **Interface (Botucatu),** v. 14, n. 34, p. 633-646, 2010a. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210.pdf >. Acesso em: 28 jan. 2018.

_____. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis,** v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010b. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a10v20n4.pdf >. Acesso em: 29 jan. 2018.

HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247 p. ISBN 92 75 32134 5.

HODDER, I. Case studies. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative researches**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p.435-452.

INTEGRACAO docente assistencial: notícias. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro**,** v. 6, n. 3, p. 189-195, set/dez., 1982.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva,** v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf >. Acesso em: 05 fev. 2018.

LIMA, J. D. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica*. **Interface (Botucatu),** v. 13, n. 31, p. 329-342, 12/2009 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a08v1331.pdf >. Acesso em: 26 jan. 2018.

LIMA, P. A. D. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface comun. saúde educ,** v. 19, n. supl.1, p. 779-791, 12 2015. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci_abstract >.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática,** v. 26/27, p. 149-158, 1991.

MARIA, V. O. S.; SILVA, M. V. G. D.; BERARDINELLI, L. M. M. Preceptoria: elo da integração docente assistencial - suporte para o internato de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 44, n. 1, p. 49-54, 1991. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n1/v44n1a09.pdf >.

MARSIGLIA, R. G. Relaçäo ensino/serviços: dez anos de integraçäo docente assistencial (IDA) no Brasil. **Saúde em Debate,** v. 90, p. 117-117, 1995/00 1995.

MATHIAS, M. Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate. **RET-SUS**, Rio de Janeiro**,** v. 41, p. 10-13, jan/fev 2011. ISSN 1980-9875. Disponível em: < http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/41/RETSUS41_10_Gestao_da_educacao.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: 2004. 269 p. ISBN 85-271-0181-5.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. D. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, Santo André**,** v. 40, n. 3, 2015. ISSN

2357-8114. Disponível em: < https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/811/706 >. Acesso em: 25 jan. 2018.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. D. C. M. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 22, p. 337-348, 2019. ISSN 1807-5762. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22n65/337-348/pt/ >. Acesso em: 14 jul. 2019.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Seminarios sobre la enseñanza de Medicina Preventiva**. Washington: OFICINA SANITARIA PANAMERICANA: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1957. 48 p. Disponível em: < http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1309/40174.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em: 19 jan. 2018.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. D. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública,** v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf >. Acesso em: 19 jan. 2018.

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,** v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/15.pdf >. Acesso em: 07 nov. 2017.

PAIVA, V. P. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade econômico-social? **Síntese: Revista de Filosofia**, Belo Horizonte**,** v. 4, n. 9, p. 67-97, 1977. Disponível em: < http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/2406/2669 >. Acesso em: 5 fev. 2018.

PANÚNCIO-PINTO, M. P.; RODRIGUES, M. D. L. V.; FIORATI, R. C. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirao Preto),** v. 48, n. 3, p. 257-264, 2015-10-08 2015. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104316 >.

PEREIRA, I. D. A. F. **Formação profissional em saúde no Brasil pós-1988: aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas Públicas**. 2013. 150 p. (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias municipais e estaduais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, maio, 2012.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. D. G. C. **Docência no ensino superior**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010. ISBN 978-85-249-0857-6.

PIRES ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos: história da cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 204 p. ISBN 85-7541-102-0.

PIRES, L. S.; SOBREIRA, N. R.; CANDRINA, E. F. D. Importância da integração docente-assistencial - uma tentativa realizada em um hospital militar. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 35, n. 1, p. 95-101, 1982. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v35n1/0034-7167-reben-35-01-0095.pdf >.

PIRES-ALVES, F. A.; MAIO, M. C. A saúde na alvorada do desenvolvimento: o pensamento de Abraham Horwitz. **Hist. cienc. saude-Manguinhos,** v. 22, n. 1, p. 69-93, 03/2015 2015. ISSN 0104-5970. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n1/pt_0104-5970-hcsm-22-01-00069.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2018.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 36, n. 1, p. 170-177, 03/2012 2012. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt2.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 36, n. 1, p. 170-177, 03/2012 2012. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt2.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações Lda, 1998. 282 p.

REIBNITZ, K. S. et al. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. bras. educ. med.,** v. 36, n. 1, p. 68-75, 2012. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a11v36n1s2.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2018.

REZENDE, M. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. A análise da política proposta por BALL. In: (Ed.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. cap. 6, p.509 p. ISBN 978-85-66659-39-9.

RING, P. S.; VAN DE VEN, A. H. Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. **Academy of Management Review,** v. 19, n. 1, p. 90-118, 1994.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995a. 253 ISBN 85-85676-16-7.

_____. Comunicação e gestão organizacional por compromissos. **RAP**, Rio de Janeiro**,** v. 29, n. 3, p. 211-230, jul/set, 1995b. ISSN 1982-3134. Disponível em: < http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8198/6998 >. Acesso em: 22 jan. 2018.

RODACOSKI, G. C.; COELHO, I. C. M. M.; ALMEIDA, M. J. D. Sistema municipal saúde-escola como estratégia de gestão do trabalho e da educação na saúde: relato de caso. **Revista espaço para a saúde,** v. 14, n. 1 e 2, dez. 2013, p. 104-111, 2013. Disponível em: < http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/17404/pdf_10 >. Acesso em: 01 set. 2017.

RODRIGUES, M. A. INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL: ABORDAGEM CONCEITUAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 27, n. 1, p. 15-24, 04/1993 1993. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v27n1/0080-6234-reeusp-27-1-015.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

ROVERE, M. R. Gestion estrategica de la educacion permanente en salud. In: HADDAD Q., J.;ROSCHKE, M. A., *et al* (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPS, 1994. cap. III, p.247 p. ISBN 92 75 32134 5.

SANTANA, J. P. D.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P. e CASTRO, J. L. D. (Ed.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde - CADRHU**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 1999.

SANTOS, B. D. S. Da ideia de universidade à universidade de ideias. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 27-28, p. 11-62, 1989. Disponível em: < https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10800/1/Da%20Ideia%20da%20Universidade%20%C3%A0%20Universidade%20de%20Ideias.pdf >. Acesso em: 12 fev 2018.

_____. **A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade**. São Paulo: Cortez, 2004. Disponível em: < http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/auniversidadedosecXXI.pdf >.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**, nov. 2012.

SANTOS, V. O.; SILVA, M. V. G. D.; BERARDINELLI, L. M. M. Preceptoria: elo da integração docente assistencial - suporte para o internato de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília**,** v. 44, n. 1, p. 49-54, 1991. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n1/v44n1a09.pdf >. Acesso em: 15 dez. 2017.

SCHMIDT, S. M. S. et al. Facilities and difficulties in planning training-service integration: a case study. **Online Brazilian Journal of Nursing,** v. 10, n. 2, oct., 2011. ISSN 1676-4285.

Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3243/html_1 >. Acesso em: 14 dez. 2017.

SCHOTT, M. **Educação permanente em saúde: implementação da política no estado de São Paulo**. 2013. TESE (doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: HUCITEC, 1989. 133 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Avaliação da política de EP no estado de São Paulo 2008-2010. 2010. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/homepage//encontro-de-avaliacao-da-politica-de-educacao-permanente/documento_03_revisto.doc >. Acesso em: 04 mar. 2019.

SILVESTRE, H. F.; TESSER, C. D.; ROS, M. A. D. Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. educ. med.,** v. 40, n. 3, p. 383-392, 2016. ISSN 0100-5502. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0383.pdf >. Acesso em: 21 fev. 2018.

SOARES, C. H. A. et al. **Sistema de Saúde Escola de Sobral - CE**. SANARE. Sobral. 7**:** 7-13, jul-dez. p. 2008.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SÃO PAULO. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. 2006. Disponível em: < https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html >. Acesso em: 01 mar 2019.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde 2016-2019:** 228 p. 2016a.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo. Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS. Relatório dos encontros do grupo técnico de educação permanente em saúde e humanização da Grande São Paulo**. São Paulo 2016b.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública,** v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. ISSN

0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf >. Acesso em: 17 out. 2017.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface (Botucatu),** v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150768.pdf >. Acesso em: 01 set. 2017.

VIEGAS, S. F.; PENNA, C. M. M. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora**,** v. 16, n. 2, p. 136-145, abr/jun., 2013. ISSN 1809-8363. Disponível em: < https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1802/713 >. Acesso em: 22 jan. 2018.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998. 224 p. ISBN 8573074264.

**FONTES DOCUMENTAIS**

DIADEMA. Relatório Anual de Gestão 2017. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01. Acesso em 12 jan. 2019.

DIADEMA. Programação Anual de Saúde 2018. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01. Acesso em 17 out. 2018.

DIADEMA. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Disponível em: < http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/PMSDiadema2018-2021.pdf>. Acesso em 20 dez. 2018.

DIADEMA. Lei nº 3.718, de 21 de dezembro de 2017. Altera a Lei Municipal nº 2.542, de 22 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/index.php?exe=legislacao>. Acesso em 10 jan. 2019.

DIADEMA. Decreto nº 7.381, de 12 de maio de 2017. Regulamenta a Lei municipal º 2.542, de 22 de agosto de 2006, que autoriza o Poder Executivo Municipal a celebrar convênio com instituições de ensino superior, de ensino médio técnico e profissionalizante para a realização de estágios curriculares na área da Saúde. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/index.php?exe=legislacao>. Acesso em 10 jan. 2019.

DIADEMA. Lei nº 2.542, de 22 de agosto de 2006. Autoriza o Poder Executivo Municipal a celebrar convênio com instituições de ensino superior, de ensino médio técnico e profissionalizante para a realização de estágios curriculares na área da Saúde. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/index.php?exe=legislacao>. Acesso em 10 jan. 2019.

SANTO ANDRÉ. Relatório Anual de Gestão 2017. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>. Acesso em 12 jan. 2019.

SANTO ANDRÉ. Programação Anual de Saúde 2018. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>. Acesso em 17 out. 2018.

SANTO ANDRÉ. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>. Acesso em 17 out. 2018.

SANTO ANDRÉ. Lei nº 8.797, de 08 de dezembro de 2005. Altera a Lei nº 7.815, de 31 de maio de 1999, que autoriza a celebração de convênios aos órgãos municipais. Disponível em: <https://consulta.siscam.com.br/camarasantoandre/index/81/8>. Acesso em 10 jan. 2019.

SANTO ANDRÉ. Lei nº 8.495, de 13 de maio de 2003. Altera a Lei nº 7.815, de 31 de maio de 1999. Disponível em: <https://consulta.siscam.com.br/camarasantoandre/index/81/8>. Acesso em 10 jan. 2019.

SANTO ANDRÉ. Lei nº 7.961, de 20 de dezembro de 1999. Acresce um parágrafo único ao art. 1º da Lei nº 7.815/99, que autoriza o Município de Santo André a celebrar convênios com instituições de ensino regular ou profissionalizante na área da saúde, visando a realização de estágio curricular junto aos órgãos municipais. Disponível em: <https://consulta.siscam.com.br/camarasantoandre/index/81/8>. Acesso em 10 jan. 2019.

SANTO ANDRÉ. Lei nº 7.815, de 31 de maio de 1999. Autoriza o município de Santo André a celebrar convênios com instituições de ensino regular ou profissionalizante na área da saúde, visando a realização de estágio curricular junto aos órgãos municipais. Disponível em: <https://consulta.siscam.com.br/camarasantoandre/index/81/8>. Acesso em 10 jan. 2019.

.

# APÊNDICES

## Apêndice 1. Roteiro de entrevista

| **Identificação** | |
|---|---|
| Nome | |
| Formação | DN ____/_____/_____ |
| Secretaria/Departamento/Unidade de Saúde | Vínculo |
| Cargo/função | Tempo no cargo/função |
| Categoria entrevistado (CAT)<br>☐ D (docente) - Instituição:_____<br>☐ GER (gestor estadual/regional)<br>☐ GL (gestor local)<br>☐ GM (gestor municipal)<br>☐ P (preceptor)<br>☐ outro:_____ | Município de atuação<br><br>☐ Santo André<br>☐ Diadema |
| Contato<br>Tel:_____ email: _____ | |
| **Apresentação**<br>Trajetória profissional e na função | |
| **Modalidades de inserção de estudantes no local de atuação**<br>☐ Estágio curricular<br>☐ Programa de residência<br>☐ Extensão universitária<br>☐ Liga acadêmica<br>☐ Aprimoramento profissional<br>☐ Outros: _____ | |

| Eixo | CAT | Assunto |
|---|---|---|
| Gestão | T | Que áreas/departamentos são responsáveis por estes processos na gestão municipal |
| | T | De que maneira fica sabendo sobre as realizações e/ou dificuldades nesta área |
| | T | Encontros/reuniões em que o tema é pautado para a discussão das atividades, dificuldades, planejamento, plano de estágio, etc. |
| | T | Pautas ou questões que têm aparecido com relação a estas atividades |
| | T | Frequência com que esse assunto é pautado nas reuniões em que participa (explorar colegiados de gestão, CIR, e outras) |
| | T | Estimativa de número de horas semanais em que o tema/atividade ocupa a agenda |

| Eixo | CAT | Assunto |
|---|---|---|
| | T | Processo e formas de cooperação entre o município e instituições de ensino |
| | T | Processo de definição/escolha das unidades que receberão os estudantes |
| | T | Processo de definição/escolha dos preceptores |
| | T | Existência/ausência de incentivo aos trabalhadores que realizam atividades de preceptoria e tipos de incentivo, se houver |
| | T | Forma de organização da agenda da Unidade (e dos preceptores) para as atividades com os estudantes |
| | T | A quem recorre quando há alguma dúvida ou é preciso ajuda/apoio para as questões de IESC |
| | D | Áreas/departamentos responsáveis pela integração nas instituições de ensino |
| | GER GM | Conhecimento sobre o COAPES, e percepção sobre a região do ABC em relação à celebração do contrato |
| | GM | Definição da contrapartida e formas mais comumente solicitadas |
| Conceitos e percepções | T | Compreensão sobre a integração ensino-serviço-comunidade |
| | T | Percepção sobre a presença de estudantes na rede municipal de saúde (explorar conquistas e desafios dos pontos de vista da gestão, do serviço, do estudante, do trabalhador, da comunidade) |
| | T | Funções que desempenha, relacionadas ao tema |
| | T | Aspectos que gostaria/planeja modificar |
| | D GL GM P | Percepção sobre a própria relação com a rede de saúde |
| | D GL P | Percepção sobre a própria relação com a gestão municipal |
| | GER GL GM P | Percepção sobre a própria relação com a instituição de ensino |
| Práticas | T | Processo de realização de estágios, residência, pesquisas, atividades de extensão na rede de saúde do município. |
| | GER GM | Modalidades de inserção de estudantes na rede municipal de saúde (explorar estágios, residência, extensão, pesquisa) |
| | GER GL GM P | Conhecimento/contato com o projeto político pedagógico ou o plano de estágio do curso frequentado pelos estudantes |
| | D GL GM P | Processo de planejamento das atividades dos estudantes |
| Participação | T | Como se dá a inserção da comunidade |
| | T | Como se dá a inserção dos estudantes |
| | T | Como se dá a inserção dos trabalhadores |

Notas:

T - todos respondem

## Apêndice 2. Termo de consentimento livre e esclarecido

**Universidade de São Paulo**
**Faculdade de Saúde Pública**
**Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil**

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto**: Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal.

**Pesquisador Responsável**: Maíra Carolina Polydoro Ribeiro

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa associada a meu projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, que tem o objetivo de conhecer e compreender os dispositivos e arranjos da gestão municipal como estratégia de fomento à integração ensino-serviço-comunidade e suas conexões com a intencionalidade da formação em saúde no SUS.

Para tanto será necessário realizar entrevistas bem como levantar e analisar documentos e legislação pertinentes ao tema. O tempo estimado para a duração da pesquisa no campo é de seis meses, dentro do qual você será entrevistado e poderá ser solicitado a fornecer informações e/ou documentos pertinentes ao objeto do presente estudo.

Durante a execução do projeto os riscos serão mínimos, sendo possível que as entrevistas e o levantamento dos documentos provoquem desconforto pelo tempo exigido, constrangimento pela necessária gravação do áudio das entrevistas ou pelo teor dos questionamentos, sendo certo que não haverá riscos à sua integridade física. Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade do pesquisador, que tomará todas as providências necessárias para isto, havendo apenas remota possibilidade de quebra do sigilo, involuntária e não intencional, por exemplo, por perda ou roubo de documentos e equipamentos, e cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Não haverá benefício direto em participar desta pesquisa, porém as informações fornecidas poderão contribuir para a construção do conhecimento científico acerca das influências da gestão municipal na formação em saúde. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação nesta pesquisa.

Seus direitos como participante, além de ler e receber explicações sobre a pesquisa, são:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido;
5. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – email: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

**Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler o presente termo e esclarecer as minhas dúvidas.**

_____, ____de_____ de 201_.

(local)

Nome:_____Assinatura:_____

**Eu, Maíra Carolina Polydoro Ribeiro, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.**

_____ Data: ____/____/201_.

Telefone: (11) 98611-9561

e-mail: mairapoly80@usp.br

# ANEXOS

Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa FSP/USP

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

PlataForma Brasil

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal

**Pesquisador:** MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI
**Área Temática:**
**Versão:** 1
**CAAE:** 88462018.4.0000.5421
**Instituição Proponente:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.728.185

**Apresentação do Projeto:**
Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP-USP. Basear-se-á em entrevistas, produzidas originalmente para essa pesquisa, com gestores, profissionais que atuam supervisão de estudantes bem como docentes de IES.

**Objetivo da Pesquisa:**
Como objetivo geral, a proponente afirma que pretende: "Conhecer e compreender os dispositivos e arranjos da gestão municipal como estratégia de fomento à integração ensino-serviço-comunidade e suas conexões com a intencionalidade da formação em saúde no SUS." Como objetivos específicos, tenciona: "1 - Descrever as modalidades de inserção dos estudantes nos serviços de saúde municipais; 2 - Conhecer como se dão os pactos estabelecidos entre gestão, instituições de ensino, estudantes, trabalhadores e comunidade; 3- Compreender os conceitos e significados da integração ensino-serviço-comunidade para os gestores da área; 3 - Identificar os dispositivos de gestão envolvidos na integração ensino-serviço-comunidade."
No TCLE, é mencionado o objetivo de "contribuir para a construção do conhecimento científico acerca das influências da gestão municipal na formação em saúde".

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto é relevante e poderá contribuir para maior compreensão das características e interferências na formação que se dá nos serviços de saúde. Os riscos são mínimos e são expressamente admitidos pela proponente no texto do projeto e do TCLE. O risco de quebra de sigilo igualmente é mencionado no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e que contempla os aspectos éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE presente e com linguagem compatível com o nível educacional dos sujeitos a serem entrevistados.

**Recomendações:**

nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJETO_1087839.pdf | 25/04/2018 10:20:53 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_ROSTO.pdf | 25/04/2018 10:18:45 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |
| Outros | Roteiro_Entrevistas.pdf | 20/04/2018 15:50:41 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anuencia_Santo_Andre.pdf | 20/04/2018 15:49:59 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anuencia_Diadema.pdf | 20/04/2018 15:49:40 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 20/04/2018 15:39:10 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.728.185

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Maira_EQ.pdf | 20/04/2018 15:34:15 | MAIRA CAROLINA POLYDORO RIBEIRO CAMOLESI | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

SAO PAULO, 21 de Junho de 2018

**Assinado por:**
**Kelly Polido Kaneshiro Olympio**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

# CURRÍCULO LATTES

## Maira Carolina Polydoro Ribeiro

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8554860014193578
Última atualização do currículo em 10/02/2019

Graduada em FARMÁCIA pela Universidade Católica de Santos (2000). Atuou no Sistema Único de Saúde-SUS desde a graduação, com experiência na Assistência Farmacêutica e processos de gestão municipais na Atenção Básica, Especializada e Gestão do Trabalho e Educação. Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, linha de Pesquisa Política e Gestão **(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

| | |
|---|---|
| **Nome** | Maira Carolina Polydoro Ribeiro |
| **Nome em citações bibliográficas** | CAMOLESI, M. C. P. R.;Maira Carolina Polydoro Ribeiro Camolesi;RIBEIRO, M. C. P.;Maira Carolina Polydoro Ribeiro;RIBEIRO, MAIRA CAROLINA POLYDORO |

### Endereço

### Formação acadêmica/titulação

| | |
|---|---|
| **2017** | Mestrado em andamento em PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.<br>Universidade de São Paulo, USP, Brasil.<br>Título: Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal,Orientador: CLEIDE LAVIERI MARTINS.<br>Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.<br>Palavras-chave: Integração Ensino-serviço-Comunidade; Formação Profissional em Saúde; Gestão em Saúde; Educação Permanente; Sistema Único de Saúde.<br>Grande área: Ciências da Saúde |
| **2014 - 2015** | Especialização em Micropolítica da gestão e trabalho em saúde. (Carga Horária: 390h).<br>Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.<br>Título: PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MAUÁ: DESAFIOS À CONSTRUÇÃO EM REDE.<br>Orientador: Shyrlei Estefania Dias - curso EAD com encontros presenciais. |
| **2008 - 2010** | Especialização em GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. (Carga Horária: 360h).<br>Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Brasil.<br>Título: AVALIAÇÃO DO PERFIL DAS PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS AVIADAS NAS FARMÁCIAS DAS UNIDADES BÁSICAS DO DISTRITO DE SAÚDE RIO ABAIXO, SUZANO, SP.<br>Orientador: NILVA MARIA RODRIGUES ROCHA DA SILVA PASSOS. |
| **2002 - 2003** | Especialização em Farmacologia. (Carga Horária: 368h).<br>Universidade Católica de Santos, UNISANTOS, Brasil.<br>Título: Ações dos Inibidores de HMG-CoA redutase no tratamento da Aterosclerose.<br>Orientador: Juliano Gracioso. |
| **2001 - 2002** | Especialização em BIOQUÍMICA MODALIDADE ANÁLISES CLÍNICAS. (Carga Horária: 720h).<br>Universidade Católica de Santos, UNISANTOS, Brasil.<br>Título: N/A.<br>Orientador: N/A. |
| **2011 - 2012** | Aperfeiçoamento em Qualificação de Gestores do SUS. (Carga Horária: 180h).<br>ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, ENSP, Brasil.<br>Título: NÃO HOUVE. Ano de finalização: 2012. |
| **2011 - 2011** | Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. (Carga Horária: 180h).<br>ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, ENSP, Brasil.<br>Título: NÃO HOUVE. Ano de finalização: 2011. |
| **2010 - 2010** | Aperfeiçoamento em FARMACÊUTICOS NA APS: CONSTRUINDO UMA RELAÇÃO INTEGRAL. (Carga Horária: 270h).<br>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil.<br>Título: NÃO HOUVE. Ano de finalização: 2010. |
| **2001 - 2002** | Aperfeiçoamento em Laboratório Saúde Pública em Vig. Epidemiológica. (Carga Horária: 1760h). |

# Cleide Lavieri Martins

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9490605608485130
Última atualização do currículo em 23/04/2019

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1976), Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), Mestrado (1990) e Doutorado (1999) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: formação em saúde, atenção primária em saúde, avaliação de serviços de saúde, e controle da tuberculose. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

| | |
|---|---|
| **Nome** | Cleide Lavieri Martins |
| **Nome em citações bibliográficas** | MARTINS, C. L.;MARTINS, CLEIDE LAVIERI;Martins, Cleide de Lavieri |

## Endereço

| | |
|---|---|
| **Endereço Profissional** | Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.<br>Av Dr Arnaldo 715<br>Cerqueira Cesar<br>01246904 - São Paulo, SP - Brasil<br>Telefone: (11) 30617719<br>Fax: (11) 30617835<br>URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br |

## Formação acadêmica/titulação

| | |
|---|---|
| **1993 - 1999** | Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).<br>Universidade de São Paulo, USP, Brasil.<br>Título: Desvelando a identidade da Pós-Graduação em Saúde Pública, Ano de obtenção: 1999.<br>Orientador: Fernando Lefèvre.<br>Palavras-chave: formação em saúde pública; pós-graduação; recursos humanos em saúde.<br>Grande área: Ciências da Saúde |
| **1983 - 1990** | Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).<br>Universidade de São Paulo, USP, Brasil.<br>Título: O modo de ser da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no período de 1980 a 1987,Ano de Obtenção: 1990.<br>Orientador: Nilce Piva Adami.<br>Palavras-chave: formação em saúde pública; ensino de enfermagem; recursos humanos em saúde.<br>Grande área: Ciências da Saúde<br>Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem. |
| **1981 - 1981** | Especialização em Saúde Pública para Graduados em Enfermagem. (Carga Horária: 1014h).<br>Universidade de São Paulo, USP, Brasil. |
| **1978 - 1978** | Especialização em Enfermagem do Trabalho. (Carga Horária: 378h).<br>Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. |
| **1980 - 1980** | Graduação em Licenciatura em Enfermagem.<br>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil. |
| **1977 - 1977** | Graduação em Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.<br>Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. |
| **1974 - 1976** | Graduação em Enfermagem.<br>Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. |