



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**CAMPUS SOBRAL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JANDER MAGALHÃES TORRES**

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO SISTEMA MUNICIPAL DE  
SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL**

**SOBRAL**

**2012**

JANDER MAGALHÃES TORRES

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO SISTEMA MUNICIPAL DE  
SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Educação Permanente /Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

SOBRAL

2012

Torres, Jander Magalhães.

Colaboração interprofissional no sistema municipal de saúde escola de  
sobral/Jander Magalhaes Torres.

2012

117 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda

Cunha

Área de Concentração: Educação Permanente

/Saúde da Família.

Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Ceará,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2012.

1. Educação Permanente. 2. Formação em Saúde. 3. Gestão em  
Saúde.

JANDER MAGALHÃES TORRES

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO SISTEMA MUNICIPAL DE  
SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Educação Permanente /Saúde da Família.

Aprovada em: \_\_31/08/2013\_\_

Paracer ético: 291/2010

BANCA  
EXAMINADORA

---

---

Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha  
Barreto (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

---

Prof. Dr. Geison Vasconceslos Lira  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

---

Profª. Dra. Ana Mattos Brito de Almeida  
Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE

## DEDICATÓRIA

À minha esposa Conceição, pelo Amor e compreensão em todos os momentos, e aos meus filhos Ana Clara e Jânder.

Aos colegas profissionais da Estratégia Saúde da Família, aos professores universitários, aos acadêmicos dos cursos da saúde e aos gestores em saúde e educação que fazem Sobral ser referência nacional.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Guia Espiritual, José Gabriel da Costa.

À Professora Ivana Barreto pelo apoio incondicional e por acreditar em meu potencial.

A minha irmã Francimeire Magalhães e seu esposo Dean Camelo e família pela acolhida nos momentos que tanto precisei.

Ao Professor Geison Vasconcelos Lira pelas contribuições durante todo curso.

Às técnicas Verônica Oliveira (Vevé) e Ana Luisa Melo pela força no *Sprint* final deste trabalho.

Aos meus chefes Paulo Flor, Veveu Arruda e Isabel Pontes, pela paciência e compreensão por conta de minhas ausências.

À minha sogra, Socorro Aragão, e meu sogro, Assis Barros, por me acolherem como parte da família.

Aos meus amigos pessoais, colegas de trabalho e todos que me apoiaram.

"Se quisermos que a glória e o sucesso acompanhem nossas armas, jamais devemos perder de vista os seguintes fatores: a doutrina, o tempo, o comando, a disciplina"

*Sun Tzu*

## RESUMO

O conceito de Sistema Saúde Escola estabelece-se como estratégia de gestão cuja ideia força é transformar todos os serviços de saúde em espaços de ensino-aprendizagem, com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade do serviço, o desenvolvimento profissional dos trabalhadores em saúde e propiciar a formação contextualizada de profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Sobral, cidade de vocação universitária que é sede de duas Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e duas privadas, a estruturação do Sistema Saúde Escola iniciou a partir da implantação de um processo de educação permanente em saúde no final da década de 1990, concomitante ao processo de municipalização. Um fato marcante foi a criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) em 2001, que posteriormente assumiu a coordenação da integração ensino-serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a colaboração interprofissional entre gestores da saúde e do ensino superior, professores universitários e profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral. Trata-se de um estudo de caso, com base em revisão documental, entrevistas abertas com gestores da saúde e das IES e questionários auto-preenchidos aplicados a professores e gerentes de Centros de Saúde que recebem estudantes, realizado entre janeiro de 2011 e junho de 2012. A metodologia de análise dos dados foi a análise temática, ancorada no modelo teórico construído pela pesquisadora canadense Danielle D'Amour como referencial para análise de processos de colaboração interprofissional. Como produto da análise dos resultados verificou-se que, Objetivos e visão compartilhados, uma das dimensões da colaboração interprofissional, parecem ser mais fortes entre os gestores ou lideranças formais do Sistema Municipal de Saúde e das IES que entre os profissionais da ponta. Na dimensão Governança, a centralidade e a liderança no estímulo à integração entre serviços de saúde e IES foi muito presente no discurso dos gestores; tanto gerentes como professores concordaram que há suporte para o processo de colaboração, tendo sido citados apoio logístico e estímulo por parte dos gestores. A ausência do incentivo financeiro como valorização do profissional de saúde que orienta os estudantes foi mencionada como fragilidade. A existência de dispositivos legais que regulam a integração ensino-serviço oferece suporte para melhoria das ações compartilhadas. Entre todos os participantes, verificou-se que não há uma consolidação dos espaços de discussão em situações formais que permitam a troca de experiência, principalmente no sentido da avaliação do trabalho colaborativo para a melhoria da formação profissional, da educação permanente e da qualidade do serviço.

Palavras-chave: Sistema Saúde Escola, Colaboração interprofissional, Formação em Saúde.



## ABSTRACT

The concept of Health System School can be defined as a management strategy idea whose strength is to transform all health services in areas of teaching and learning, with the aim of improving the quality of service, professional development of health workers and provide contextualized training professionals according to the needs of the Unified Health System (SUS). In Sobral, city university vocation that is home to two higher education institutions (HEIs) public and two private, structuring Health System School started from the implementation of a process of continuing health education in the late 1990s, Concomitant to the municipalization process. A remarkable fact was the creation of the School of Education in Family Health Vicomte de Savoie (EFSFVS) in 2001, which later took over the coordination of the integration of teaching and health services. The aim of this study was to assess interprofessional collaboration between health managers and higher education, academics and health professionals in the Municipal Health System School of Sobral. This is a case study, based on a review of documents, interviews with health managers and HEI and self-completed questionnaires applied to teachers and managers of health centers that receive students, conducted between January 2011 and June 2012. The methodology of data analysis was thematic analysis, grounded in theoretical model built by (D'AMOUR, Goulet ET AL. 2003; D'AMOUR, screwed-VIDELA ET AL. 2005; D'AMOUR, 2008) as reference for analyzing interprofessional collaboration processes. As a product of the analysis of the results it was found that shared goals and vision, of the dimensions of interprofessional collaboration, seem to be stronger among managers or leaders Formal System Municipal Health and HEI among professionals that tip. In Governance dimension, the centrality and leadership in fostering the integration between health services and IES was very present in the discourse of managers both managers and teachers agreed that there is support for the process of collaboration, having been cited logistical support and encouragement by the managers. The lack of financial incentive as recovery of the health professional who guides students was mentioned as weakness. The existence of devices covenants and an ordinance regulating the teaching-service integration, improved support for shared action. In the group management has been found that there is a consolidation of discussion spaces in formal permitting the exchange of experience, especially in terms of assessing the collaborative work to improve planning.

Palavras-chave: Health System School, interprofessional collaboration, Health Training

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS-Agentes Comunitárias de Saúde

APS-Atenção Primária à Saúde

CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço

CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CSF-Centros de Saúde da Família

EFSFVS -Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

ESB-Equipes de Saúde Bucal

ESF-Estratégia Saúde da Família

ESP-CE-Escola de Saúde Pública do Ceará

GM-Gabinete do Ministro

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES-Instituições de Ensino Superior

INTA-Instituto Superior de Teologia Aplicada

NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PET-Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNEPS-Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROSAUDE-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF-Programa Saúde da Família

RAG-Relatório Anual de Gestão

RSFS-Residência em Saúde da Família de Sobral

SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESA-Secretaria da Saúde do Estado

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

SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica

SSAS-Secretaria da Saúde e Ação Social

SUS-Sistema Único de Saúde

UFC-Universidade Federal do Ceará

UNASUS-Universidade Aberta do SUS

UVA-Universidade Estadual Vale do Acaraú

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1	Problemática de Recursos Humanos em Saúde no Brasil	14
1.2	Sistema Municipal Saúde Escola	25
<b>2.</b>	<b>QUESTÃO DO ESTUDO</b>	<b>33</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>34</b>
a.	<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>34</b>
b.	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>34</b>
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
4.1	Tipo do Estudo	35
4.2	Seleção de Caso: o Sistema Saúde Escola de Sobral	36
4.3	Coleta de Dados	48
4.4	Caracterização do participantes	49
4.5	Tratamento dos dados e Metodologia de Análise dos Dados	50
4.6	Questões éticas	50
<b>5.</b>	<b>MODELO TEÓRICO UTILIZADO</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>58</b>
6.1	A percepção dos Gestores sobre a Colaboração Interprofissional	58
6.2	A Percepção dos Professores sobre a Colaboração Interprofissional	68
6.3	Percepção dos Gerentes sobre a Colaboração Interprofissional	79
6.4	Análise Documental	96
6.5	Triangulação dos Dados	103
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>107</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## APÊNDICES

## ANEXOS

## 1 INTRODUÇÃO

No campo dos recursos humanos para saúde, diversos estudos, em diferentes países, propõem articular ensino e serviço, num esforço colaborativo, como estratégia de melhoria da formação e da educação continuada dos profissionais da saúde. Outras iniciativas propõem integrar a pesquisa ao ensino e aos serviços, expandindo esta integração a todas às redes assistenciais.

Em um texto que objetiva refletir sobre os antecedentes, objetivos e práticas na construção de um sistema integrado de ensino, pesquisa e serviço em saúde, Ellery, Bosi & Loiola (2010), chamam atenção de que este é um objetivo de vários governos e de organizações/nacionais e internacionais, e que os esforços de integração ensino; serviços de saúde se expressam na efetivação de vários projetos e experiências em curso no Brasil. Em nível internacional, experiências levadas a cabo em países como Cuba e Canadá, ao lado do Brasil, se destacam no cenário das Américas. Segundo os referidos autores, a despeito dos avanços, a aproximação, entre as funções do ensino, da pesquisa e dos serviços de saúde é um campo de disputas, efetivando - se num processo lento (ELLERY, BOSI ET AL. 2010).

Para integração ensino-serviço de saúde, a colaboração entre profissionais de saúde e docentes é determinante. D'Amour e colaboradores, desenvolveram e validaram um modelo teórico para análise de processos de colaboração interorganizacional, baseando-se na revisão da literatura internacional sobre a sociologia das organizações. O referido modelotoma questões da estrutura organizacional em conta, mas foca nas relações sentre indivíduos e na interação entre os relacionamentos e a dimensão organizacional. Este modelo foi testado e validado em diversos cenários colaborativos: equipes, entre organizações e em redes de saúde integradas (D'AMOUR, FERRADA-VIDELA ET AL. 2005; D'AMOUR 2008).

Na literatura internacional tem sido muito discutido o tema da colaboração interprofissional. Descrevendo de uma forma simples, colaborar é trabalhar juntos. Portanto, implica tanto em diferença (é algo menos que completa integração ou unificação), e comunhão (há algum objetivo compartilhado ou atividade que é o foco da colaboração). Colaboração diz respeito também às relações – trabalhar juntos e não apenas ao lado. Ou seja, abrange mais que atividades em que ocorre sobreposição ou

interação ocasional. Colaboração normalmente envolve interação consciente entre partes para atingir um objetivo comum de forma contínua (MEADS, 2005).

No presente estudo, objetivou-se analisar o processo de colaboração interprofissional entre gestores da saúde e do ensino superior, bem como, entre profissionais de saúde e professores universitários no contexto do Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral, no sentido de viabilizar os processos de formação profissional contextualizada, educação permanente em saúde e qualificar o processo de atenção à saúde.

O presente estudo fez parte do Projeto denominado Colaboração entre Instituições de Ensino Superior e Sistemas Municipais de Saúde: Estudo dos Casos de Juazeiro do Norte e Sobral – Ceará. Esse projeto maior teve como proponente em 2010, a Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, orientadora desta Dissertação, e possui vinculação funcional à Universidade Federal Do Ceará – Campus Sobral, tendo sido aprovado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa e Estímulo à Interiorização, publicado no Edital 02/2010.

### **1.1 Problemática de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**

Durante a segunda década do século XX, o pesquisador americano Abraham Flexner empreendeu estudos de avaliação do ensino médico na América do Norte e na Europa. Flexner concluiu que das 155 escolas médicas existentes, 120 apresentavam péssimas condições de funcionamento. Os relatórios de Flexner tiveram uma profunda influência sobre as escolas existentes e, nos anos seguintes, tornaram-se o padrão para o ensino em saúde (COOKE, IRBY ET AL. 2006; PAGLIOSA AND DA ROS 2008).

O referido pesquisador propôs uma educação científica para as profissões de saúde, que teria base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital. Essa educação científica em saúde foi adquirindo caráter instrumental e de habilitação para práticas profissionais recortadas em ocupações, fragmentadas em especialidades, nas intervenções por procedimentos e uso de equipamentos (CECCIM E FEUERWERKER 2004; PAGLIOSA E DA ROS

2008). Esses conteúdos deram origem a disciplinas agrupadas em dois grandes ciclos, o básico, que ocorria temporalmente no início da formação, seguido pelo ciclo clínico.

A influência dos relatórios Flexner não ficou restrita à América do Norte, e repercutiu em toda a América Latina, conforme descrevem Carvalho & Ceccim, (2006). Mais de cem anos após a publicação do Relatório Flexner, onde é defendido que as escolas médicas deviam estar baseadas em universidades e os programas educacionais terem bases científicas, mesmo que seja reconhecido o avanço da medicina e de suas ciências de base, é preciso assinalar que a abordagem adotada na formação de médicos atualmente é inadequada (COOKE, IRBY ET AL. 2006; PAGLIOSA AND DA ROS 2008). Mencionam-se como problemas: estruturas curriculares ossificadas, foco persistente em minúcias da base de conhecimentos, ênfase no modelo biomédico, práticas de avaliação arcaicas, desumanização e descontextualização da prática (FEUERWERKER 2002), professores sobrecarregados com atribuições fora de sua função docente, excesso de restrições regulamentares, e conflitos de interesse gerados pela relação de docentes/pesquisadores com a indústria de tecnologias para saúde (COOKE, IRBY ET AL. 2006; PAGLIOSA AND DA ROS 2008).

Estes problemas ameaçam a aquisição integrada de conhecimentos técnicos e a compreensão contextual, a monitorização da aquisição de habilidades práticas e a internalização de valores essenciais que, juntas, produziriam um profissional informado, curioso, compassivo, proficiente e ético (COOKE, IRBY ET AL. 2006; PAGLIOSA AND DA ROS 2008).

Dentre outros autores, Carvalho & Ceccim (2006) identificam problemas semelhantes na formação dos profissionais de saúde de uma forma geral. A tendência de tratar a assistência à saúde como negócio, os serviços de saúde como “comodities”, os pacientes como consumidores, e os profissionais de saúde como fornecedores faz parte das causas dos atuais problemas da formação (WALLACE 1997; COOKE, IRBY ET AL. 2006; PAGLIOSA AND DA ROS 2008).

Um fator importante, que colabora para o hiato entre a produção de novos conhecimentos, as necessidades de saúde da população, a formação profissional e a

educação permanente dos profissionais de saúde é a ausência de integração entre os sistemas de saúde e educação.

Instituições de ensino, associações profissionais e os provedores necessitariam desenhar e oferecer cursos orientados à prática de prestação de cuidados. Estes cursos necessitariam sintetizar e integrar as melhores evidências disponíveis, conjuntamente com o aprendizado, a partir da prática clínica em programas que utilizem as melhores estratégias educacionais existentes para educação contínua (CECCIM AND FEUERWERKER 2004; COOKE, IRBY ET AL. 2006).

No contexto de países com grandes sistemas de saúde públicos, como o Brasileiro e o Canadense, a crítica ao modelo liberal-privatista na saúde e suas conseqüências sobre a formação e a educação de profissionais de saúde, particularmente do médico, tem sido feita nas últimas décadas (FEUERWERKER 2002; CECCIM AND FEUERWERKER 2004; PAGLIOSA AND DA ROS 2008). Várias iniciativas, como criação de leis e normas (BRASIL AND SAÚDE 2004; QUÉBEC 2005), de órgãos no setor saúde para gestão do trabalho e educação dos profissionais, de programas de incentivos para reorientação da formação profissional de iniciativa do setor saúde (BRASIL, SAÚDE ET AL. 2007), tentativas de integração das instituições de ensino com a rede de serviços públicos (QUÉBEC 2005), estabelecimento de diretrizes curriculares de âmbito nacional (Brasil, **EDUCAÇÃO** et al. 2001), entre outras, ocorreram para aprimorar a formação e a educação continuada dos profissionais de saúde.

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acelerado processo de descentralização na década de 90, a criação do Programa Saúde da Família na primeira década do século XXI, ocorreu uma mudança no perfil dos serviços de saúde, com ênfase na atenção primária à saúde (ANDRADE, BARRETO ET AL. 2006).

Para ter-se uma ideia da repercussão destas mudanças no perfil dos recursos humanos em saúde no Brasil basta verificar alguns números. Em 1994, teve início a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que levou milhares de médicos, enfermeiros e dentistas para trabalhar na atenção primária à saúde em todo o país, particularmente nas regiões mais pobres. Até janeiro de 2010 o PSF, denominado a



partir de 2006 como Estratégia Saúde da Família, já tinha sido implantado em 5.250 municípios, com 30.440 equipes abrangendo mais de 96 milhões de brasileiros ou 50,8% da população (BRASIL, 2010).

De acordo com os dados da pesquisa, houve a seguinte evolução nos números do trabalho em saúde no Brasil: em 1980, o IBGE (2005) contabilizou um total de 573.629 trabalhadores em saúde, sendo 307.673 no setor privado (53,6%) e 265.956 no setor público (46,4%); em 2003, vinte e três anos depois, o mesmo instituto contabilizou 2.180.598 postos de trabalho, sendo 959.463 trabalhadores no setor privado (44,4%) e 1.221.135 no setor público (56,0%) (Pesquisa de Assistência Médico Sanitária/IBGE, 2005). Constata-se, portanto, que ocorreu mais que uma quadruplicação no número de trabalhadores em saúde no período estudado, e um aumento relativo de 9,6% no percentual dos trabalhadores do serviço público com relação aos trabalhadores do setor privado.

Quanto à distribuição destes empregos entre as esferas de governo, em 1980, 43.086 (16,2%) dos trabalhadores eram contratados pelos governos municipais; 109.573 (41,2%) pelos governos estaduais e 113.297 (42,6%) pelo governo Federal. Já em 2003 os empregos públicos eram distribuídos nas três esferas de governo da seguinte forma: empregos federais (7%); estaduais (24%) e empregos municipais (69%) (AMS/IBGE, 2005).

Machado (2005) resume em três movimentos as mudanças no que denominou de “parque sanitário brasileiro”: 1º) Expansão do setor saúde tanto no âmbito público como privado; 2º) Encolhimento relativo da rede hospitalar (o volume de leitos hospitalares em 1976 era da ordem de 443.888 unidades e chegou em 2002 com um aumento para apenas 471.171 leitos e 3º) expansão de empregos na rede pública municipal.

O reordenamento dos serviços e sistemas de saúde no Brasil colocou em evidências problemas tanto quantitativos como qualitativos com relação aos recursos humanos para saúde. A escassez de profissionais fica mais evidente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, especialmente nas regiões interioranas e na periferia das capitais. Estudos demonstraram que médicos, enfermeiros e dentistas formados no

modelo Flexneriano, encontraram dificuldades para atuar no contexto da Estratégia Saúde da Família (CECCIM E FEUERWERKER 2004).

No seio das instituições de ensino superior da saúde, o debate sobre a necessidade de formação de profissionais generalistas, preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) e secundária já vinha sendo travado desde a década de sessenta.

O debate no interior das universidades, somado as mudanças trazidas com a implantação do SUS a partir da década de 90, repercutiram na Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e no Conselho Nacional de Educação, que em 2001 publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Superior na Saúde (BRASIL, 2001).

Segundo as diretrizes curriculares nacionais, a formação do médico, por exemplo, tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade.

As instituições de ensino superior na saúde para viabilizarem a formação de profissionais de saúde segundo as diretrizes curriculares nacionais, necessitam dos serviços públicos de saúde como espaço para atividades práticas formativas e estágios.

Do outro lado da moeda da adequação dos profissionais de saúde para atuação no SUS, está a problemática dos profissionais formados antes das mudanças nos currículos e cenários de prática da graduação em saúde. Estes, já atuando no mercado de trabalho, necessitavam participar de novos processos de desenvolvimento

profissional para assumirem o desafio de trabalhar em uma equipe de saúde da família (ANDRADE, BARRETO ET AL. 2004).

Assim sendo, várias iniciativas foram tomadas pelas esferas de governo federal, estadual e municipal neste sentido.

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) definiu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Segundo esta Lei, à direção nacional do SUS compete promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.

Em 2003, foi criada pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), pelo Decreto nº 4.726 de 09 de junho. Conforme ficou estabelecido no referido decreto, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde compete, entre outras atribuições: I - promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; II - elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar a sua execução; III - planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; V - promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, no intuito de aproximar os cursos de saúde aos serviços, criou alguns programas de fomento: Estágios de vivência no SUS, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAUDE), PET saúde da família e PET vigilância à saúde, entre outros. Estes projetos iniciaram há menos de uma década, e necessitam de avaliação dos seus resultados. O cenário onde se desenvolvem é o dos serviços de saúde dos municípios.

No que diz respeito a educação permanente em saúde, o Ministério de Saúde atuou fomentando, por meio da concorrência em editais públicos, instituições educacionais, governos estaduais e municipais a criarem cursos de especialização em saúde da família, residências multiprofissionais em saúde da família, e residências em medicina de família e comunidade, e, mais recentemente, programas de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde vem implementando a Política de Educação Permanente para o SUS “como estratégia de transformação das práticas de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde” (BRASIL, 2005), trazendo à tona a concepção de que no cotidiano do serviço, das práticas de trabalho, os saberes também são construídos e as práticas são repensadas e modificadas ao longo desse processo de aprendizagem-ação.

Dentre os programas da SGETS para reordenamento da formação de recursos humanos para saúde em fase de implementação, detalha-se um pouco mais o Pró-Saúde e o UNASUS, por sua abrangência e relevância.

O Pró-Saúde, criado em 2005, tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas Instituições de Educação Superior (IES), que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos esses casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. Objetiva incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença, vislumbrando a aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

No ano de 2008, por meio da UNASUS, a SGETS criou uma nova lógica para estruturação das ações de educação permanente. Os princípios do Projeto UNASUS são: conhecimento como um bem público, trabalho em rede, solidariedade, garantia de qualidade, educação permanente, fortalecimento das capacidades locais, sustentabilidade e convergência de padrões. Para alcançar a meta de qualificação de

52.000 profissionais das equipes de Saúde da Família estabelecida na época, o Ministério da Saúde possui infra-estrutura em educação a distância já criada pelo Ministério da Educação para formação em áreas prioritárias.

Às iniciativas do governo federal para reordenamento da educação e do trabalho em saúde no Brasil somam-se também iniciativas das esferas de governo estadual e municipais na mesma direção.

Segundo a Lei 8.080 /90, no que diz respeito aos recursos humanos para o SUS, dentre outras atribuições, compete à esfera estadual: a qualificação de seu próprio pessoal relacionado às novas funções e à complexidade de atividades que as Secretarias Estaduais; atuar no sentido de transferir tecnologias, compreender e identificar as dificuldades específicas municipais (nas relações externas) ou sub-setoriais (internamente) e apoiar o desenvolvimento das instâncias descentralizadas.

Estado pioneiro na implantação do PSF, o Ceará segundo informações do Departamento de Atenção Básica, em janeiro de 2010 contava com 1.782 equipes de saúde da família implantadas em 184 municípios, alcançando 68% de cobertura populacional. Contava ainda com 1.332 equipes de saúde bucal em 183 municípios e 12.203 agentes comunitários de saúde numa cobertura populacional de 72,3% (BRASIL, 2010).

No ano de 1993, para operacionalizar a política de Desenvolvimento de Pessoas para o Sistema Único de Saúde e compor uma rede de formação, em parceria com universidades, escolas, cursos profissionalizantes, a Secretaria da Saúde do Estado (SESA), contou com a criação da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Influenciada pelo movimento de mudanças no âmbito da saúde, a ESP-CE dentre as suas prerrogativas, tem: a pesquisa, a informação e a documentação em saúde pública; a educação permanente; a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos para a Estratégia Saúde da Família e para o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2010).

Em 2008, por meio da Portaria nº. 955/2008, a SESA, criou a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, definindo-a como uma estratégia de articulação intersetorial com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços e gestão setorial, atenção à saúde e controle social, de

transformar e qualificar a atenção, os processos de formação, as práticas de gestão e o controle social do Sistema Único de Saúde (CEARÁ, 2008).

O processo de implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Ceará vem ocorrendo de forma descentralizada desde o ano de 2008, com a realização de fóruns macrorregionais. Em cada um desses fóruns foi criada uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e um Colegiado de Gestão com o objetivo de organizar e estruturar permanentemente estas mesmas instâncias. A missão das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço e dos Colegiados de Gestão da Educação Permanente é elaborar propostas de Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para cada uma das macrorregiões de saúde.

Quanto ao ensino superior na saúde, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, no Ceará, das 26 Instituições de Educação Superior (IES) que formam profissionais para o setor saúde, 21 (80,8%) são privadas e 05 (19,2%) públicas. Do total, 5 (19,2%) são universidades, 17 (65,4%) faculdades e 4 (15,4%) institutos de educação, ofertando 15 diferentes cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2010b).

A enfermagem, seguida da educação física e da fisioterapia, são os cursos de graduação mais ofertados pelas IES. Estes cursos são oferecidos por, respectivamente, 17, 14 e 10 instituições (Quadro 1).

**Quadro 1 – Cursos de graduação que formam profissionais para o setor saúde, natureza e denominação das IES no Ceará.**

CURSOS	Total	PÚBLICAS	PRIVADAS	IES	FACULDADES	INSTITUTOS
Biomedicina	3		3		3	
Educação Física	4	5	9	5	7	2
Enfermagem	7	4	3	5	0	2
Farmácia	6	1	5	2	1	3
Fisioterapia	0		0	1	6	3
Fonoaudiologia	2		2	1	1	
Gestão em Serviços de Saúde	1	1		1		
Gestão Hospitalar	5		5		4	1
Medicina	5	2	3	3	2	
Medicina Veterinária	2	1	1	1		1
Nutrição	6	2	4	2	2	2
Odontologia	3	1	2	2	1	
Psicologia	7	2	5	3	4	
Serviço Social	8	2	6	1	5	2
Terapia Ocupacional	1		1	1		

Fonte: Ministério da Educação / Secretária de Educação Superior, 2010.



No Estado do Ceará, dois municípios em especial, tem desenvolvido políticas mais ambiciosas de educação permanente em saúde e integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino, Sobral e Fortaleza. O primeiro situado na zona norte do Estado com 182.431, e, o segundo 2.505.552 habitantes (IBGE, 2009), situada no litoral e capital do Estado.

No Pacto de Gestão firmado em 2006 pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as três esferas de governo são co-responsáveis pelo processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006).

Determinados municípios brasileiros, em particular, vêm construindo iniciativas de articular em seus Sistemas de Saúde, processos abrangentes de educação permanente coordenados pela gestão municipal. Os exemplos de Belo Horizonte, Londrina, Sobral, Aracaju e Fortaleza e Sobral, estas últimas situadas na região Nordeste, criaram Escolas Municipais de educação para saúde:

Em Sobral, a experiência pioneira da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral e o Centro de Educação Permanente em Saúde de Aracaju, respectivamente em 2001 e 2003 (ANDRADE, BARRETO ET AL. 2004). Posteriormente, mas com a mesma linha ideológica, no ano de 2006 foi a vez de Fortaleza criar o Sistema Municipal de Saúde Escola (BARRETO, ANDRADE ET AL. 2006).

## **1.2 Sistema Municipal Saúde Escola**

A ideia de Sistema Municipal Saúde Escola surgiu no contexto de municipalização da saúde, expansão da Estratégia Saúde da Família, debate e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (BARRETO, ANDRADE ET AL. 2006).

Surge como um caminho para superação do hiato entre o projeto de implantação do SUS, com seus princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e participação social, e o perfil dos profissionais de saúde no Brasil,

tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo, como discutimos anteriormente neste trabalho.

A primeira vez que se registra na literatura o termo “Sistema Municipal Saúde Escola” foi numa publicação de Barreto (2006), onde é desenvolvido o conceito e discutida a experiência do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza.

Barreto, Andrade e Loiola (2006) propuseram o desencadeamento, na esfera de gestão municipal, de um processo de Educação Permanente que envolvesse todos os momentos educacionais, seja de formação técnica, de graduação ou de pós-graduação, além da produção de ciência e tecnologia nos serviços de saúde. Posto este desafio, os autores defenderam que a integração de potenciais humanos e de equipamentos e a utilização de todos os espaços de produção da atenção à saúde e de produção da educação existentes no município, seriam determinantes para abrangência do processo.

Este projeto foi adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza na Gestão 2004-2008 como política estruturante de organização e de gestão do serviço, e permanece em operacionalização na atual gestão (2009-2012).

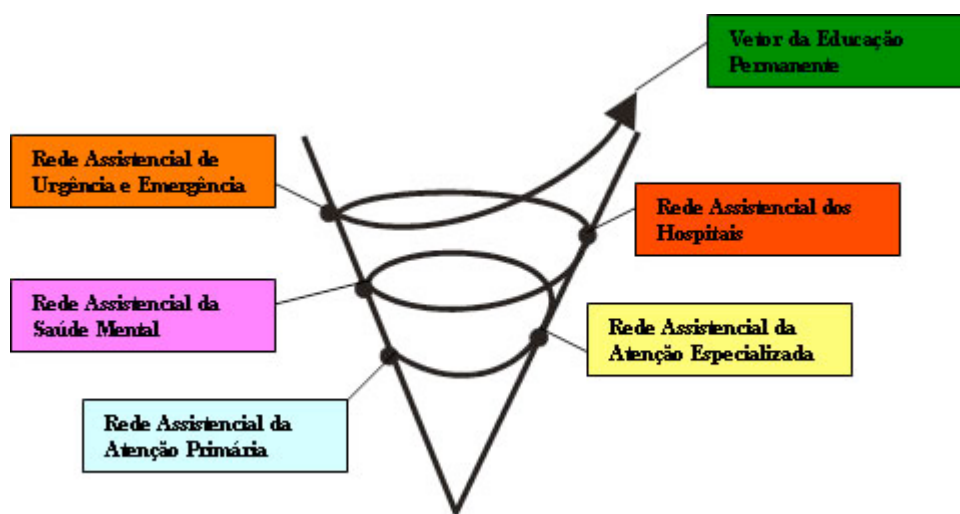
A ideia-força era de criar uma *Estratégia de Educação Permanente* em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. Segundo os autores esta ideia-força busca superar o modelo hegemônico no século XX, centrado na ideia de complexos hospitalares de excelência que, por concentrar a tecnologia mais avançada, teoricamente deteriam também o “saber científico” mais relevante e atual (BARRETO, ANDRADE, LOIOLA ET AL, 2006).

Na leitura dos autores, a estratégia Sistema Municipal Saúde-Escola seria capaz de potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizadas em uma vivência educacional que teria como protagonistas os gestores, os trabalhadores da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares.

Ao utilizarem a figura que denominaram Espiral da complexidade do Sistema Municipal de Saúde Escola (Figura 1), os autores tentaram representar uma metáfora:

A Estratégia de Educação Permanente em Saúde seria como um conjunto de agulha e linha (vetor), que iria articulando e tracionando o tecido, composto pelas redes assistenciais e instituições de ensino, tecendo os princípios do SUS na espiral complexa do Sistema Municipal de Saúde-Escola (BARRETO, ANDRADE E LOIOLA, 2006).

Figura 1 – Espiral da complexidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola e o matriciamento das redes assistenciais



Fonte: ANDRADE (2006).

Barreto, Andrade, Loiola et al (2006) propuseram quatro diretrizes para o Sistema Municipal de Saúde Escola:

### I. Conceito de Saúde como Qualidade de Vida

A saúde seria percebida e concebida como um objeto complexo, cuja construção requereria uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional:

- **transdisciplinar**, pelo fato de a saúde ser produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões e exigindo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento;

- **intersectorial**, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes da saúde, no sentido de transformação positiva do processo saúde-doença;
- **multiprofissional**, por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deveria potencializar a integralidade da atenção à saúde.

## **II. Espaço do serviço e o seu território de abrangência como eixo central de desenvolvimento do Sistema**

Segundo os autores, o processo de trabalho em saúde, um dos focos centrais da política de educação para o SUS, não se limitaria ao campo específico do serviço, da unidade de saúde, mas se inseriria na dinâmica do território, do sistema como um todo, sendo a mudança das práticas sanitárias e a construção de novos saberes resultantes de esforços coletivos – comunitários e institucionais – intersectoriais, multiprofissionais e interdisciplinares.

Na lógica dos autores, a estratégia prioritária para viabilizar e contextualizar a política de educação para o SUS seria a Educação Permanente em Saúde (BARRETO, ANDRADE E LOIOLA, 2006).

## **III. Formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população**

Na exposição desta diretriz os autores explicitavam como a expansão dos serviços de saúde no município a partir de 2005, em particular da Estratégia Saúde da Família como estruturante da rede de serviços do SUS, implicou na oferta de 1.380 vagas por meio de concurso público para médicos, enfermeiros e odontólogos nesta rede de atenção.

No processo de operacionalização da expansão da ESF a gestão municipal se deparou com a insuficiência quantitativa e qualitativa de profissionais, tanto na atenção básica como na atenção especializada, o que motivou a criação da estratégia “Sistema Municipal de Saúde Escola” para superação deste obstáculo à ampliação do SUS municipal (BARRETO, ANDRADE E LOIOLA, 2006).

A gestão da saúde de Fortaleza naquele momento, propôs incluir todos os profissionais participantes da ESF num processo de educação permanente, tanto os dos serviços fins, dos agentes de saúde aos profissionais de nível superior, como os dos serviços meio, do vigilante ao agente administrativo (ANDRADE, 2004).

Outras necessidades de formação de recursos humanos foram sendo identificadas à medida que o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza foi sendo reordenado com base nos princípios da hierarquização, descentralização e, sobretudo, na universalidade, acessibilidade e equidade. Verificaram-se, por exemplo, estrangulamentos em áreas especializadas, como anesthesiologia, otorrinolaringologia, neurologia, assim como na formação de recursos humanos para atenção primária em saúde. Os autores afirmaram que ficava patente a ausência histórica do Estado brasileiro no ordenamento da formação de recursos humanos para saúde (BARRETO, ANDRADE E LOIOLA, 2006).

#### **IV. DIMENSÃO PEDAGÓGICA**

Barreto, Andrade, Loiola et al (2006) colocaram em discussão que construir um Sistema de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde na perspectiva da aprendizagem contextualizada significava assumir um desafio pedagógico que poderia ser sintetizado na pergunta: “Como, no exercício da formação de trabalhadores voltados para a produção da saúde, transformar conhecimentos e práticas na perspectiva do desenvolvimento profissional?”

Uma das conseqüências do modelo de saúde com base na atenção individual e nas ações curativas é a centralização de todo o processo educativo dos profissionais de saúde no cenário hospitalar. Os estudantes, nesse modelo, se dirigem aos grandes hospitais serviços de referência para serem formados pelos “mestres”. A proposta do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza se identifica com o conceito de “tenda invertida” (ANDRADE, 2004), o que pressupõe outra concepção de educação em saúde. Nessa perspectiva, o “mestre” vai à tenda do aprendiz, ou seja, o preceptor vai à Unidade de Saúde da Família e ao seu território de abrangência ajudar o aprendiz a refletir sobre suas práticas. O papel do preceptor adquire assim uma importância fundamental na medida em que este participa, concreta e diretamente, com o aluno-residente, do processo de construção e reconstrução de conhecimentos e

práticas. Neste processo o preceptor na sua ação educativa e com sua experiência profissional, pode também ter um papel chave na organização do serviço de saúde no qual o seu estudante ou residente está atuando.

Do ponto de vista pedagógico, Barreto, Andrade e Loiola (2006) assinalam duas diferenças importantes em relação ao modelo centrado no cenário hospitalar. A primeira é a introdução da dimensão contextual na educação dos profissionais de saúde não como um “recipiente”, mas como fruto de um processo emergente das relações entre seres humanos e o ambiente físico, social e cultural. Para os autores isso significa adotar uma concepção do processo educação/ensino-aprendizagem voltada para a necessidade de formar trabalhadores (as) da saúde capazes de responder a questões contextualizadas, ou seja, uma prática profissional sensível aos problemas reais da saúde do homem na sociedade atual. A segunda refere-se à relação entre conceitos cotidianos (senso comum/crenças) e conceitos científicos, para a construção de um projeto de formação continuada direcionado à transformação da prática profissional.

Para fundamentar sua argumentação, Barreto, Andrade e Loiola (2006) argumentam que essa concepção de Educação Permanente para os trabalhadores(as) da saúde tem apoio em uma pedagogia contextualizada na qual a compreensão, a ação e a aprendizagem estão em constante interação e a compreensão precede a aprendizagem (COLLINS, BROWN & DUGUID, 1989). Nesse sentido, compreensão e aprendizagem se realizam na ação, uma vez que as competências profissionais a serem desenvolvidas por esses trabalhadores visam essencialmente, mas não exclusivamente, saberes teóricos, procedimentais e condicionais (TARDIF, 1997; BARBEAU, MONTINI & ROY, 1977; LOILA, 2005).

Os conhecimentos teóricos correspondem aos conhecimentos declarativos, ou àqueles que costumamos chamar de *saberes*. Contrariamente aos conhecimentos procedimentais, não utilizamos os conhecimentos declarativos para agir sobre o meio. Os conhecimentos declarativos nos permitem melhor compreender e explicar os diferentes fenômenos que se produzem ao nosso redor. Os conhecimentos práticos (procedimentais) permitem à pessoa agir no seu meio. Eles correspondem ao que muitos autores chamam de habilidades ou saber-fazer. Os conhecimentos condicionais (ou contextualizados) não têm a função de fazer uma pessoa agir, mas de

lhe permitir reconhecer os tipos de problemas que enfrenta e escolher os meios adequados para resolvê-los. Esses conhecimentos são, em geral, utilizados na fase dita diagnóstica e, idealmente, devem ser trabalhados em situações autênticas ou simuladas. Em situações reais esses saberes não podem ser separados.

Ora, o processo de trabalho em saúde, na ótica do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza, se insere na dinâmica do território. Disso resulta que os profissionais em formação (médicos(as) residentes, enfermeiros(as), odontólogos(as), psicólogos(as), nutricionistas, farmacêuticos(as), assistentes sociais, educadores(as) físicos, fonoaudiólogos(as), terapeutas ocupacionais etc.), no processo de educação permanente, realizam suas tarefas em situações reais em que os conhecimentos teóricos (o que), os conhecimentos práticos (o como fazer) e os conhecimento contextualizados (o quando, o onde e o porquê ), são abordados em toda sua complexidade.

O desenvolvimento de uma prática reflexiva (SCHÖN, 1996; PERRENOUD, 2001), a partir de experiências questionadoras (SAUSSEZ & PAQUAY, 2004), realizada em estreita colaboração com o preceptor, caracteriza o dispositivo pedagógico do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza.

Barreto, Andrade e Loiola (2006) enumeram cinco postulados para fundamentar o dispositivo pedagógico do Sistema Municipal de Saúde Escola:

- a. a aprendizagem é concebida como sendo situada (LAVE & WENGER, 1991) e resulta da participação nas praticas sociais e culturais de uma comunidade; nesse sentido a aprendizagem não se situa no interior do cérebro ou no espírito do indivíduo, mas no interior de processos de co-participação que implica diferentes perspectivas entre os participantes que interagem;
- b. a prática é uma ação finalizada, cujo sentido origina-se de uma cultura, no interior de uma comunidade de prática estruturada por sistemas de atividades socialmente organizados e sustentados por normas, valores e significações compartilhadas;

- c. a apropriação de conceitos científicos na lógica da educação permanente implica situações concretas de aprendizagem no terreno da prática profissional;
- d. a postura reflexiva referente a essas situações possibilita a conceitualização e a reconceitualização de experiências e uma melhor compreensão da relação entre senso comum (crenças) e conceitos científicos;
- e. a construção de um projeto de desenvolvimento profissional constitui uma ação mediatizada pela construção de significações em relação à experiência profissional.

O termo Sistema Saúde Escola também tem sido aplicado para nomear a experiência da gestão de saúde de Sobral, na qual a educação permanente em saúde é ferramenta chave (SOARES, 2008). Na metodologia deste trabalho será descrito o Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral.



## **2 QUESTÃO DO ESTUDO**

Com base em toda a contextualização realizada, colocamos a seguinte questão para este estudo: “Como acontece a colaboração interprofissional entre gestores da saúde e do ensino superior, professores universitários e profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral?”

### **3 OBJETIVOS**

#### **a. OBJETIVO GERAL**

Analisar a colaboração interprofissional entre gestores da saúde e do ensino superior, professores universitários e profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral.

#### **b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a percepção dos gestores da saúde e da educação superior quanto à colaboração e integração com as instituições de ensino superior e os serviços de municipais de saúde de Sobral;
- Compreender a percepção dos gerentes de Centros de Saúde da Família quanto à colaboração interprofissional com os professores universitários nos Centros de Saúde da Família;
- Compreender a percepção dos professores universitários quanto à colaboração interprofissional com os profissionais de saúde nos Centros de Saúde da Família

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

O estudo é de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, cuja opção deveu-se ao fato da pesquisa qualitativa permitir cercar o objeto estudado nas múltiplas relações e na sua complexidade dinâmica (MINAYO, 1999). Refletir sobre a relação das IES e os serviços de saúde desloca o pesquisador para buscar compreender estas relações de complexidade.

Segundo Bosi (1998) quem define a natureza do método é o objeto. A questão de partida deste estudo, que orienta a construção do objeto coloca a seguinte problemática: “Como acontece a colaboração interprofissional entre gestores da saúde e do ensino superior, professores universitários e profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral?”. Sendo assim o objetivo consiste em analisar a colaboração interprofissional no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral, tendo um objeto de nuances subjetivas e desta forma, direciona a metodologia para uma abordagem qualitativa.

Esta pesquisa atua com o campo do estudo de caso como metodologia. Para Yin (2009) o estudo de caso é uma investigação empírica com o propósito de analisar um fenômeno contemporâneo no contexto em que ele ocorre, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são evidentes. Baseia-se em múltiplas fontes de evidência, o que como consequência traz a necessidade de triangulação dos resultados.

No caso específico do processo de investigação descrito, trata-se de um estudo caso (YIN, 2009), a partir da combinação de análise documental de caráter mais descritivo, da análise qualitativa de discursos e de respostas a questionários auto-preenchidos.

De acordo com o Yin (2009), o estudo de caso se beneficia de um modelo teórico que embasa a coleta e a análise de dados. No caso do presente estudo, a análise utilizou como referência o Modelo e a Tipologia da Colaboração Interprofissional proposto por D’Amour & cols (2008).

## **4.2 Seleção do Caso: o Sistema Saúde Escola do Município de Sobral**

### **Caracterização do município de Sobral**

Localizado na região noroeste do Estado do Ceará, o município de Sobral contou, no ano de 2010, com uma população estimada em 188.271 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Distante 240 quilômetros da capital do estado, o município faz fronteira ao Norte com as cidades de Alcântaras, Meruoca, Massapê, Santana do Acaraú, ao leste com Miraima, Irauçuba, ao sul Santa Quitéria, Forquilha, Groaíras, Cariré, e Oeste com Mucambo, Coreaú.

Criado no ano de 1772 com toponímia proveniente da denominação Vila Real e Distinta de Sobral por decreto da corte Portuguesa, Sobral possui uma área de 2.129,989 km<sup>2</sup> e com uma população de 188.271 hab. (IBGE, 2010), apresenta o seguinte indicador de IDH 0,699 médio PNUD/2000(2), com um PIB R\$ 1.527.504 mil IBGE/2006 e um PIB per capita R\$ 8.688,00 IBGE/2006.

O sistema municipal de saúde de Sobral é composto por redes de serviços de atenção primária, secundária e terciária. As redes de serviços de saúde de Sobral além de prestar assistência aos seus municípios, acolhe usuários oriundos de municípios de toda região norte do Estado do Ceará, ou seja, uma população estimada em 1,5 milhão de pessoas.

Dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2011) apontam que os serviços de atenção primária, leia-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), são responsáveis pelo maior volume de atendimento, assumindo verdadeiramente o papel de principal acesso a rede de atendimento do SUS. Dados do Relatório de Gestão do Município de Sobral do ano de 2011 revelam a presença de 48 equipes de ESF, 25 equipes de saúde bucal, 06 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 28 unidades básicas de saúde, que se denominam como Centros de Saúde da Família (CSF). Cada CSF encontra-se localizado em áreas compreendidas como territórios e as equipes da ESF, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população que atuam, acompanham cerca de 600 a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 87% da população do município.

Unidades especializadas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais, clínicas e laboratórios compõem os serviços de atenção secundária e

terciária no município, sendo 05 hospitais, dos quais quatro mantêm convênio com o SUS. Quanto à prestação de serviço, um total de 185 estabelecimentos de saúde constam como inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

De acordo com a estrutura da gestão pública municipal, toda responsabilidade de gerenciamento do Sistema de Saúde de Sobral é atribuído à Secretaria da Saúde e Ação Social, que em sua operacionalização, trabalha com um modelo de gestão colegiada, composta por coordenadores de áreas técnicas, que se distribuem em toda estrutura administrativa (SOBRAL, 2011).

Quanto aos serviços da rede de atenção básica, dão suporte às 48 ESF um total de 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 06 NASF que atuam em 28 CSF, onde dependendo da localização e do perfil social e epidemiológico da população, acompanham, em média, de 600 a 1.200 famílias. A ESF em Sobral garante uma cobertura assistencial de 87,3% da população do município, com base em dados da população estimada do IBGE-2010 (SOBRAL, 2011).

No que diz respeito às ações de Vigilância à Saúde, o município oficializou essas competências em sua esfera de governo por meio da portaria Gabinete do Ministro (GM) 1.399/1999 e aprimorada em 2004, através da portaria GM 1.172. Consistem, assim, parte integrantes desta Coordenação as seguintes sub-estruturas: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância nutricional, vigilância de saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, vigilância dos fatores biológicos de risco e a análise da situação de saúde, de acordo com a Portaria GM Nº 3252, de 23 de dezembro de 2009, que contempla as novas diretrizes aprovadas para orientação das ações e competências

### **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS)**

Ao propor a reestruturação de seu Sistema Municipal de Saúde no ano de 1997, a Secretaria da Saúde e Ação Social (SSAS) de Sobral/CE teve pela frente um de seus maiores desafios no âmbito da organização da atenção primária, que foi a carência na formação dos profissionais de saúde com o perfil voltado para o novo paradigma proposto. A formação de profissionais capazes de atuar em relação direta com a comunidade era necessária para superar o modelo hegemônico biomédico e avançar para um novo modelo de atenção à saúde, com foco na promoção, prevenção e uma

assistência mais efetiva e com qualidade (BARRETO, OLIVEIRA & ANDRADE, 1999).

Tal situação levou a estruturar um processo permanente de qualificação dos profissionais que atuavam na ESF, provocando-os a uma reflexão sobre a dinâmica do seu trabalho, elemento fundamental da Educação Permanente (PINTO, 2008). O Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família de Sobral (RSFS), foi criado no segundo semestre de 1999, por iniciativa do Consórcio Prefeitura Municipal de Sobral/ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), onde foram inseridos todos os profissionais de nível superior que atuavam na ESF, como forma de garantir uma titulação pela participação no processo de qualificação. Tal fato foi desencadeado pelo reconhecimento da importância do título para o currículo dos profissionais.

Com o apoio e a colaboração de parceiros importantes, entre eles a Universidade Vale do Acaraú e o Governo do Estado do Ceará, a Prefeitura Municipal de Sobral, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, em junho de 2001, inaugura as instalações da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e, em 20 de fevereiro de 2002, por meio do decreto No. 435, define sua estrutura administrativa como sendo uma Organização Social. (ANDRADE, 2003). Esta tem como missão desenvolver profissionais com a qualidade da assistência, a humanização e a qualidade de vida, orientando-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (SOBRAL, 2002).

Em seu bojo ideológico, a EFSFVS buscou trabalhar o desenvolvimento humano neste cenário de mudanças, onde a mesma incerteza de um futuro seguro, era também motivação para novas racionalidades. Ao adotar o Método da Roda proposto por CAMPOS (2000) como metodologia de organização e trabalho, a Escola toma definitivamente para si a condição de Escola Reflexiva.

Uma das contribuições mais marcantes e ousadas no campo ideológico, mas com viés inteiramente prático, trazido pela EFSFVS talvez tenha sido o paradigma reflexivo da “Tenda Invertida”. Superando os modelos clássicos de formação continuada na área de saúde (especializações e residências), onde o aluno ou residente,

desloca-se para “TENDA DO MESTRE”. Assim, a RSFS optou por trabalhar com a nova proposta de “TENDA INVERTIDA”, onde o lócus e o momento de formação do profissional se transfere para o próprio território de atuação da Estratégia Saúde da Família, lá, a figura do “Mestre” ou “Preceptor” é quem faz o movimento de se deslocar ao campo de prática do residente, conhecendo sua realidade e cotidiano. (ANDRADE, 2003).

Assim, a Residência em Saúde da Família em Sobral, foi definida como um “Curso de pós-graduação *latu sensu* com duração máxima de 5.538 horas para formação multiprofissional, principalmente de médicos e enfermeiros especialistas em saúde da família, caracterizado por formação em serviço sob a supervisão de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (BARRETO, OLIVEIRA & ANDRADE, 1999).

Uma quantidade significativa de outras experiências na educação permanente de profissionais de saúde podem ser citadas como: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Curso Seqüencial de Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente para profissionais de nível médio e elementar do Sistema Municipal de Saúde, todas concebidas no espaço da EFSFVS E considerando a relação teoria/prática numa abordagem reflexiva. (ANDRADE, 2004).

Nesta perspectiva, a construção deste SMSE deve contar com coordenadores, preceptores, tutores e outros educadores numa participação intensa nos processos de Educação Permanente. Nesta perspectiva, a EFSFVS vem dando especial atenção à formação dos formadores, inclusive com a instituição de momentos formais de aprendizagem, apesar de reconhecer que estes não serão suficientes, daí neles não se limitar o processo formativo (SOARES, 2008).

Em determinadas situações, a atuação da EFSFVS acontece de forma direta na organização e planejamento de ações no próprio SMSE de Sobral, com é o caso da regulação de demandas de estágio e visita técnica, atualmente regulada pela Escola.

Uma importante característica do município é o trabalho desenvolvido na área de educação permanente dos profissionais da rede sob a coordenação pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Parreiras e

Martins Jr (2004) afirmam que os eixos vertebradores da proposta político pedagógica da EFSFVS eram: a) Educação permanente; b) Formação e atuação Interdisciplinar; c) Transposição do local de formação dos centros universitários para o território (Tenda Invertida); d) Articulação constante da teoria com a prática cotidiana; e) construção curricular a partir da crença de que o conhecimento é uma construção individual em interação social.

Dentre os mais diversos programas e ações coordenadas e desenvolvidos pela ESFVS, pode-se destacar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, oferecida para as diferentes categorias profissionais da saúde. Atualmente a Residência Multiprofissional conta com cerca de 30 residentes, que incluem Assistente Social, Fonoaudiólogos, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Nutricionista, Educador Físico, Dentista, Psicólogo e Terapeuta ocupacional. Em seu escopo operacional, a Residência é organizada em estratégias pedagógicas que buscam desenvolver e aprimorar o seu fazer, considerando suas singularidades, necessidades e seus diferentes contextos de atuação quer seja na sede ou nos distritos, compreendidos como territórios (SOBRAL, 2011).

### **Sistema Saúde Escola de Sobral**

Embora a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tenha sido instituída pela Portaria GM/MS No 198, de 13 de fevereiro de 2004, definida com uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde visando à transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2004), já em meados de 1997, o município de Sobral atravessou intensas mudanças político-administrativas que já apontavam para o caminho sugerido pela PNEPS.

Este processo de mudança teve como opção, adotar práticas eminentemente democráticas, tendo como fundamento o princípio do mérito e da qualidade no trato da coisa pública (SOARES, 2008). Esta foi a característica da reforma sanitária em Sobral, e o berço da construção de seu Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE).

Tendo ainda a clareza de que a implantação desta PNEPS implica em trabalho intersetorial, capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004), foi



notório que a experiência de Sobral contou com o importante compromisso assumido pelos gestores e trabalhadores da Secretaria da Saúde e Ação Social, onde a respeitabilidade pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se uma verdadeira bandeira.

Segundo Dias et al. (2007), a operacionalização do Sistema Saúde Escola de Sobral articulou-se em quatro eixos estruturantes que demarcam sua organização e efetivação, estando assim constituídos: um de natureza **jurídico-institucional**; outro, **ético- pedagógico**; o terceiro refere-se ao caráter **político** e o quarto compreende a **integração gestão, atenção, ensino e pesquisa** (Figura 2).

**Figura 2.** Esquema ilustrativo dos quatro eixos estruturantes do Sistema Saúde Escola de Sobral.



Fonte:DIAS, 2009

De acordo com o estudo, o eixo jurídico-institucional é imanente à estrutura física, financeira, legal e humana, representada pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS), somadas a estas estruturas toda uma rede de ensino aprendizagem formalmente constituída no município, tendo como principais referências a Universidade Estadual Vale do Acaraú, a Universidade Federal do Ceará (UFC) e mais recentemente a Faculdade Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), estrutura de ensino superior privado com diversos cursos na área de saúde.

Já o eixo ético-pedagógico norteia a formação e deve dialogar as práticas, orientando a definição dos conteúdos, caminho contrário às praticas tradicionalistas (ZUNGA, 2004). Este terceiro eixo leva em consideração que o processo educativo

também se configura um ato essencialmente político (FREIRE, 1992), considerando a autonomia dos sujeitos e o caráter ideológico das práticas e discursos. Para o quarto eixo, existe um destaque importante para integração entre ensino, pesquisa, gestão e atenção, aspecto que interessa diretamente ao presente estudo, quando considera, independentemente de seu nível de atenção e complexidade, aspectos como organicidade e da indissociabilidade de toda a rede de serviços e de formação profissional.

Uma das características atribuídas por Soares (2008) ao marcante processo de reestruturação do sistema de saúde e como fundamento da concepção do SMSE de Sobral é a forma com que a educação permanente dos profissionais do setor saúde ocorre. Para a autora, os diferentes espaços dos serviços de saúde do município foram inseridos na educação contextualizada com vistas ao desenvolvimento profissional e a melhor qualidade da assistência. Assim, construiu-se um novo paradigma, uma nova re-significação para o cotidiano dos territórios, agora um espaço vivo, dinâmico, onde todos passam a ser agentes do sistema de saúde, inclusive o cidadão comum.

Obviamente que estas transformações tiveram como cenário principal o contexto da Atenção Básica, especialmente a Estratégia Saúde da Família, política adotada pela gestão municipal da saúde já no seu primeiro ano de gestão, ainda no ano de 1997. Segundo Soares e cols (2008) a linha de pensamento filosófico utilizada pela gestão de Sobral delinea com clareza o tipo de estratégia pedagógica em que prevalece uma visão sistêmica, a lógica dialética e o caos generativo como catalisadores do processo de aprendizagem significativa. Os referenciais pedagógicos adotados pelo Sistema Saúde Escola de Sobral fundam-se nos princípios da Educação Permanente, Educação por Competência, na Educação Popular e na Promoção da Saúde (SOARES, 2008).

Todavia, o rigor metodológico e um monitoramento planejado são elementos considerados fundamentais pelos gestores nesta construção, o que se constitui num quesito de qualidade tanto técnica quanto operacional. Assim, os sujeitos do processo de aprendizagem ocupam lugar de centralidade no interior do Sistema Saúde Escola.

Na condição de Sistema Aprendente, proposto por Brandão (2006), em que o desenvolvimento de potenciais humanos devem ser trabalhados para gerar habilidades, conhecimentos e atitudes, levando em consideração as dimensões do ser, do fazer e do

conhecer, o Sistema Saúde Escola de Sobral trabalha na perspectiva na qual todas as pessoas que nele atuam tem o duplo papel de educador e educando (SOARES, 2008)

### **Caracterização das Instituições de Ensino Superior em Sobral**

Definida por Holanda (2007) como um “centro polarizador”, o município de Sobral vivencia uma expansão da oferta por educação universitária, destacando-a como principal centro de ensino da região noroeste do estado do Ceará.

Ao considerar o escopo do presente estudo, buscou-se caracterizadas neste capítulo as IES com sede no município de Sobral que possuem cursos de graduação na área de saúde com estudantes realizando atividades de prática no âmbito do Sistema Saúde Escola de Sobral.

Desta forma, foram identificadas três IES, que serão descritas neste capítulo, sendo duas delas públicas e um da rede privada: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC) e o Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

#### **a) UVA**

A Universidade Estadual Vale do Acaraú foi criada em 1961, todavia, é especialmente na década de 1990 e nos anos 2000 que seu papel se consolida como importante centro universitário da região norte do estado do Ceará (HOLANDA, 2000).

Como missão, esta IES se propõe a ofertar ensino superior de excelência, de forma inclusiva, flexível e contextualizada, e buscar, por meio da pesquisa e extensão, soluções que promovam a qualidade de vida. Atualmente a UVA oferece em Sobral 20 cursos de graduação, com um total de 6.204 alunos matriculados (semestre 2008.1). Seu corpo docente é formado por 301 profissionais, divididos por titulação: 120 especialistas, 4 mestrados, 105 mestres, 25 doutorandos, 41 doutores e 6 pós-doutores. Na cidade de Sobral são quatro *campi*: Betânia, Derby, Junco e CIDAO

Contudo, no Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral, apenas o curso de Enfermagem e possui estudantes realizando atividades de estágio.

### **a.1) Enfermagem**

O mais antigo curso de graduação em saúde no município de Sobral surgiu em decorrência do alto índice de mortalidade materna identificada pelo pesquisador, Francisco Sadoc de Araújo, então Reitor da Fundação Universidade Vale do Acaraú, que delineou uma minuta criando a Faculdade de Obstetrícia de Sobral que a 03 de junho de 1971, foi instituída como Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Sobral (HOLANDA, 2000)

Ainda segundo Holanda, em 1972, houve o primeiro vestibular com oferta de 60 vagas e formação da primeira turma 1976, sendo no 1979 reconhecida pelo Conselho Federal de Educação, através da Portaria no 1.226 do Ministério da Educação e Cultura - MEC. Atualmente, o curso possui o total de 10 semestre, sendo 80 vagas ofertadas a cada ano e desde o primeiro semestre, os estudantes já vivenciam atividades práticas em unidades do Sistema Saúde Escola.

### **b) UFC**

Dentro da proposta do Governo Federal de interiorização das Universidades Públicas, a Universidade Federal do Ceará atualmente possui os campi de Sobral, Cariri e Quixadá, proporcionando o ensino público e gratuito de excelência a vários alunos que provavelmente não teriam condições de realizar seus estudos em Fortaleza.

Especificamente em Sobral, têm-se os Cursos de Medicina, Odontologia, Psicologia, Engenharia da Computação, Ciências Econômicas e Engenharia Elétrica, os quais vêm modificando a realidade local à medida que desenvolve projetos de pesquisa e extensão em Sobral, primando pela formação de profissionais aptos a ocupar o mercado de trabalho com sólida formação técnica, científica e humana.

A caracterização a seguir trata dos três cursos da área de saúde da UFC, dos quais todos possuem estudantes realizando atividades de estágio nos equipamentos do Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral, que são: Medicina, Odontologia e Psicologia.

## **b.1) Medicina**

As atividades da Universidade Federal do Ceará no município de Sobral tiveram início com o Curso de Medicina/UFC-*Campus* de Sobral no dia 2 de abril de 2001, no Centro de Ciências da Saúde, *Campus* do Derby, nas dependências da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. O primeiro vestibular contou com o ingresso de 40 alunos aprovados no concurso de 2000.2 e contando, à época, com oito professores e um servidor técnico-administrativo.

Atualmente, o Curso de Medicina/UFC-*Campus* de Sobral conta com 298 alunos, 56 professores efetivos e 5 professores substitutos, sendo 17 doutores, 27 mestres, 16 especialistas, 1 graduado. O corpo técnico-administrativo é composto por 21 servidores públicos federais efetivos e 20 servidores terceirizados.

Anualmente são ofertadas 80 vagas, com uma grade que encerra 12 semestres letivos para sua conclusão. As atividades práticas deste curso também acontecem logo nos primeiros semestres.

## **b.2) Odontologia**

Oficialmente, as atividades do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará Campus Sobral foram iniciadas em agosto de 2006, com a primeira aula no dia 18 de setembro do corrente ano, de acordo com o Relatório de Funcionamento do curso de Odontologia, publicado em 2007.

Informações consultadas no Projeto Pedagógico do Curso Odontologia, editadas no ano de 2007, trazem como missão a busca em formar, através de um modelo moderno e inovador, cirurgiões-dentistas capazes de interagir com a sociedade e que tenham capacidade de liderança e sensibilidade social, onde a Odontologia deixaria de ser realizada de uma forma puramente tecnicista, passando a considerar o perfil bio-emocional do ser humano. Com uma carga horária estimada entre 4.992 horas/aula, o curso de Odontologia da UFC/Sobral tem duração média de 10 semestres, acompanhando assim várias IES no Brasil e conforme sugestão da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).

Ainda segundo o Projeto Pedagógico do Curso, os estágios no SUS acontecem em vários momentos e já com a disciplina Saúde Coletiva I no primeiro semestre. O vestibular oferece anualmente 80 vagas para novos ingressos. Dados da Coordenação do curso relatam um corpo docente composto por um Especialista, cinco Mestres, dez doutores e dois pós-Doutores.

### **b.3) Psicologia**

As atividades do curso de Psicologia na UFC iniciaram em 1974, mas só em abril de 2001, nas dependências da UVA, foi aberta a primeira turma em Sobral (5)

Assim como os demais cursos desta IES, são oferecidas 80 vagas anualmente e com a formação que compreende 10 semestres. Sua Missão enquanto curso de graduação, definiu a dimensão social como princípio básico para a sua organização didático-pedagógica, com enfoque que perpassa todas as áreas, no sentido de considerar as problemáticas inerentes à nossa sociedade, privilegiando questões sociais locais e que vigoram sobre o trabalho do psicólogo e suas implicações sociais.

### **c) INTA**

O Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) tem como sede o município de Sobral e foi fundado em 08 de julho de 2003, sendo mantido pela Associação Igreja Adventista Missionária.

O INTA tem como missão procurar atender à sociedade, indo além do suprimento das suas principais demandas, com a formação de profissionais qualificados em ambiente acadêmico, com atenção às necessidades mutantes de mercado, priorizando uma formação que tenha na qualidade o seu diferencial. Esta IES oferece 12 graduações, contudo, na área de saúde e que contam com estudantes realizando atividades práticas no Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral, são oferecidos os seguintes cursos: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição.

#### **c.1) Enfermagem**

O curso de Enfermagem do INTA iniciou suas atividades em março de 2003, no mesmo ano de criação da IES.

São ofertadas 150 vagas por ano, numa grade que contempla 10 semestre para sua conclusão. Seu corpo docente possui 03 Doutores, 27 Mestres e 08 especialistas, sendo que as atividades de campo iniciam-se ainda no primeiro semestre em diversos CSF do município de Sobral.

O projeto Pedagógico do curso informa que em sua Missão, a Enfermagem do INTA destaca a necessidade de propiciar situações concretas e simbólicas para efetivar o processo ensino/aprendizagem para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

### **c.2) Fisioterapia**

As primeiras atividades deste curso ocorrem somente no ano de 2008, sendo o primeiro desta modalidade no município, informações colhidas junto à Coordenação do curso.

Semestralmente são oferecidas 50 vagas para ingressos em concurso vestibular, num curso que tem a duração de 10 semestres. O quadro docente possui 26 professores com graduação, 07 especialistas, 16 Mestres e 03 Doutores. As visitas técnicas do curso ao sistema iniciam-se logo no primeiro semestre, porém, os estágios só acontecem a partir do 4º. Semestre.

### **c.3) Nutrição**

Os dados da caracterização deste curso foram coletados mediante informações na própria instituição.

Criado em 2009, o curso de Nutrição também é a primeira graduação desta natureza em Sobral. O número de oferta por semestre para o ingresso nesta graduação é de 100 vagas, numa grade que contempla 09 semestres para sua conclusão. O corpo docente é composto por 30 professores, sendo 05 Especialistas, 19 Mestres e 06 Doutores.

Como atividades de estágio, este curso só disponibiliza atividades de campo a partir do sétimo semestre, porém, mesmo havendo autorização de atividades de campo, pela condição recente do curso, ainda não foram ofertadas disciplinas para estágio neste curso.

#### **c.4) Farmácia**

Segundo dados colhidos em visita à IES, o curso foi fundado em fevereiro de 2009, o curso de Farmácia do INTA integra o grupo de graduações ofertadas exclusivamente por esta IES em Sobral.

Semestralmente são ofertadas 50 vagas para os ingressos, que devem cursar 10 semestres a fim de concluir esta graduação. Como formação do professores, registra-se a presença de 02 Especialistas, 20 Mestres e 03 Doutores. As atividades práticas no Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral tem início a partir do 6º. Semestre através de estágios supervisionados.

Como Missão, o curso objetiva atuar como instrumento gerador de transformação social, preparando egressos aptos para resolver problemas de saúde da sociedade, tanto individuais quanto coletivos, em todos os níveis de atenção à saúde, baseado numa formação generalista, durante a qual os formandos devem adquirir habilidades e competências para atuar nas três grandes áreas da Farmácia: medicamento, análises clínicas e alimentos.

#### **c.5) Serviço Social**

Tendo como fonte de informação a própria coordenação o curso, consultada em visita à IES, desde de janeiro de 2007 que o curso de Serviço Social é oferecido pelo INTA em Sobral. São 09 semestres que constam em sua grade curricular, com um número de 100 vagas ofertadas a cada semestre para os ingressos. Na composição do corpo docente, o curso dispõe de 07 Especialistas, 14 Mestres e 02 Doutores.

Ainda segundo dados da Coordenação, os acadêmicos de Serviço Social começam a realizar suas atividades práticas na rede de saúde do município a partir do 6º. Semestre, prioritariamente nos CSF de Sobral.

Na descrição de sua Missão, o curso destaca o caráter interventivo, que possui como objeto de estudo e atuação as diversas expressões da chamada “questão social” com o uso de técnicas e doutrinas inerentes a categoria.

### **4.3 Coleta dos Dados**

Neste estudo, foram utilizadas diferentes técnicas para coleta de dados, conforme os seguintes procedimentos:



- I. Coleta, revisão e análise documental sobre as políticas de saúde e sobre o Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral;
- II. Instrumento aplicado aos coordenadores de curso de graduação para coleta de dados sobre as IES;
- III. Entrevistas semi-estruturadas/abertas com gestores de saúde e da educação superior do município, incluindo o Secretário Municipal de Saúde, Gestora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Diretor da Unidade Acadêmica da UFC em Sobral, Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú e o Coordenador do curso de Medicina da UFC em Sobral;
- IV. Aplicação de questionários auto-preenchidos com perguntas fechadas, semi-abertas e abertas para dezessete professores que são responsáveis pelo acompanhamento de estudantes em atividades práticas nos Centros de Saúde da Família de Sobral;
- V. Aplicação de questionários auto-preenchido com perguntas estruturadas, semi-estruturadas e abertas para dezesseis gerentes de Centros de Saúde da Família de Sobral onde se realizam atividades práticas de cursos de graduação em saúde.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro de 2011 e junho de 2012.

#### **4.4 Caracterizações Participantes**

A pesquisa contou com três categorias de informantes, definidas a partir de critérios norteados pelo objeto do estudo.

Inicialmente foram realizadas entrevistas abertas como cinco gestores, onde três deles atuam especificamente na área da gestão municipal da saúde, e os outros dois com educação superior em saúde.

Questionários semi-estruturados foram aplicados ao grupo de professores de IES, totalizando 17 docentes, que acompanham estudantes em atividades de campo nas dependências da rede municipal de saúde. Instrumento semelhante, porém com alguma adaptação, foi aplicado em 16 gerentes de CSF de Sobral, num total de 27, somente em unidades que são utilizadas como cenário de estágio.

#### **4.5 Tratamento dos Dados e Metodologia de Análise dos Dados**

O tratamento dos dados consiste no processamento dos dados empíricos através da transcrição das entrevistas e documentos estudados.

Foi utilizada a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversos, que deve ser utilizada para o estudo de material qualitativo. Objetiva uma compreensão do discurso com extração de elementos importantes e aprofundamento de suas características. Deve basear-se em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para os resultados obtidos pelo pesquisador, seguindo características como a objetividade, sistematização e inferência (PAILLÉ e MUCCHIELLI 2005).

No presente trabalho o marco teórico utilizado como referência foi a Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'Amour(2008).

A escolha dos temas e das unidades temáticas foi feita pelo pesquisador com base nos aspectos teóricos a serem considerados, em elementos já vistos em outras pesquisas similares (D'AMOUR 2008) e, principalmente, em todos os dados obtidos através da realização das entrevistas.

#### **4.6 Questões Éticas**

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com a solicitação da autorização dos participantes para analisá-las no estudo.

Em atendimento aos preceitos éticos referentes ao sigilo quanto à identificação dos participantes para os quais foi aplicado o questionário auto-preenchido, foi utilizada a letra G para identificar os gerentes dos Centros de Saúde da Família e a letra P para identificar os professores universitários, seguidas de numeração sequencial.

Foi solicitado a todos os participantes o termo de consentimento livre esclarecido antes da aplicação do instrumento de pesquisa.

O projeto foi protocolado na Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, número 291/2010, no SISNEP no. 352533 e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

## 5 MODELO TEÓRICO UTILIZADO

A análise qualitativa dos dados obtidos foi realizada com base, ou seja, com ancoragem, no Modelo Teórico e na Tipologia da Colaboração Interprofissional formulado por D'Amour & Cols (2008).

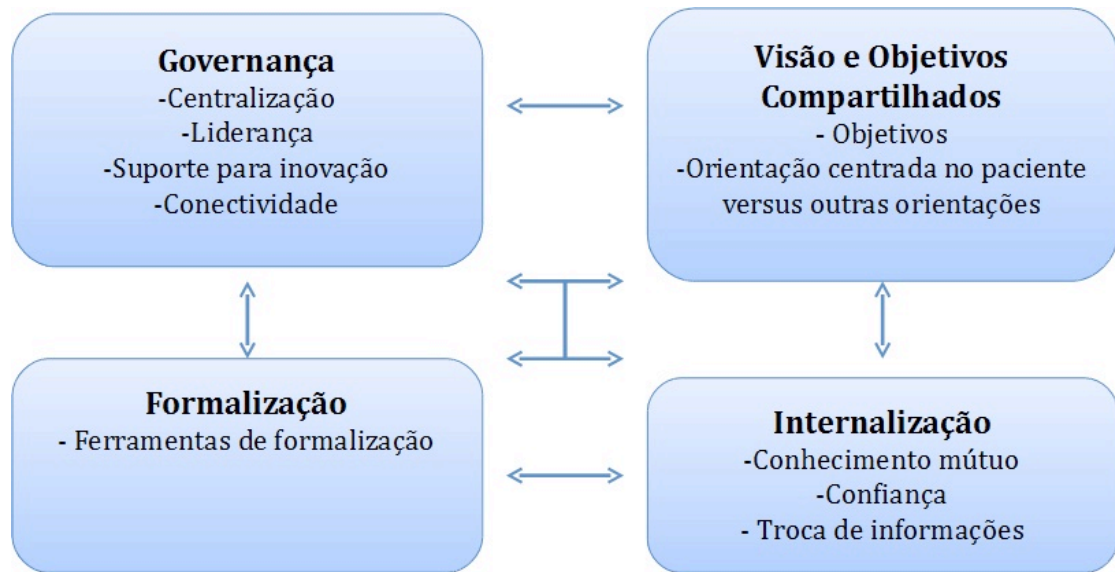
O quadro de referência para o estudo de D'Amour & Cols (2008) foi o modelo de estruturação da colaboração, que se aplica a colaboração interprofissional e de saúde. O modelo pode ser usado para analisar as maneiras pelas quais atores de sistemas com múltiplos níveis e complexos colaboram entre si.

Foi desenvolvido por D'Amour na sequência de um estudo sobre colaboração interprofissional em um ambiente de atenção primária à saúde e é baseado no conceito de ação coletiva da sociologia organizacional, especificamente na análise estratégica desenvolvida por Crozier e Friedberg e na abordagem organizacional de Friedberg . D'Amour (2008) afirma que para esses autores a sociologia organizacional é um tipo de raciocínio para a análise dos processos políticos, sociais e econômicos. Eles veem a ação coletiva surgida localmente como um produto das ações e comportamentos de diversos parceiros.

A fragilidade na colaboração interprofissional é o problema central em qualquer empreendimento coletivo. Baseia-se na premissa de que os profissionais necessitam trabalhar em conjunto para aprimorar suas ações. Ao mesmo tempo, porém, eles têm seus próprios interesses e querem manter certo grau de autonomia e independência. O principal instrumento para a negociação de tal autonomia é o poder. Com base na literatura, D'Amour desenvolveu um modelo que considera problemas de estrutura, mas se concentra nas relações entre os indivíduos e na interação entre estas relações e as dimensões organizacionais. O modelo foi testado em diferentes ambientes de colaboração: em equipes (D'AMOUR D, SICOTTE C, LÉVY R, 1999; BEAULIEU et cols., 2006), entre organizações (D'AMOUR, 2004), e em redes integradas de saúde (QUEBÉC, 2007)

D'Amour & Cols (2008) conceituaram quatro dimensões e dez indicadores para caracterizar o processo de colaboração interprofissional. Duas dimensões envolvem relacionamento entre os profissionais, e duas envolvem o ambiente

organizacional que influencia as ações coletivas. Como mostra a Figura a seguir, as quatro dimensões estão inter-relacionadas e se influenciam mutuamente.



Fonte: D'Amour, 2008

As dimensões relacionais são: **Objetivos e Visão Compartilhados (a)**, que se refere à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de divergências, de fidelidades múltiplas, e a diversidade de percepções e expectativas para a colaboração; e **Internalização (b)**, que se refere à uma tomada de consciência pelos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-las, e que se traduz num sentimento de pertença, no conhecimento mútuo dos valores e disciplinas e na confiança.

Uma das dimensões organizacionais é **Formalização (c)**, pois, a medida em que os procedimentos são documentados é que se comunicam comportamentos e resultados desejados. A Formalização esclarece as expectativas e responsabilidades dos parceiros. A outra dimensão organizacional é **Governança (d)**, isto é, as funções de liderança que dão suporte à colaboração. A Governança dá direção e apoia os profissionais sobre como implementar inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais. Juntas, essas quatro dimensões e a interação entre elas capturam os processos inerentes à colaboração. Elas estão sujeitas à influência de fatores externos e estruturais, tais como recursos, restrições financeiras e políticas.

Os indicadores da Tipologia de Colaboração Interprofissional (D' Amour & Cols, 2008) constituíram o referencial de análise do corpus de dados deste estudo e são descritos a seguir:

## **a. Objetivos e visão compartilhados**

### **a.1. Objetivos comuns**

Constituem em identificar e compartilhar objetivos comuns como um ponto de partida essencial para o projeto de colaboração interprofissional. Os dados sugerem que o objetivo mais provável para reagrupar os profissionais são aqueles ligados à promoção dos cuidados paciente-centrado. Este é um objetivo em relação ao qual podemos obter consenso na equipe. O problema é que este objetivo envolve uma transformação radical dos valores e das práticas. Sua realização seria verdadeiramente uma inovação.

### **a.2. Orientação centrada no cliente x outras orientações**

Em relação a orientação centrada no cliente existe geralmente uma estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos diferentes de vínculos e fidelidade: à clientela, à profissão, à organização, aos interesses confidenciais, etc. O resultado é uma assimetria dos interesses entre os profissionais, ou de uma convergência parcial dos interesses. Os ajustes mútuos são exigidos, através da pactuação. Em alguns casos, este processo é possível. Em outros, os interesses não são expressos, impedindo o processo de pactuação. Quando os objetivos compartilhados não são negociados, os interesses confidenciais podem emergir, tendo por resultado o comportamento oportunista e uma perda concomitante de foco na colaboração centrada no usuário. No caso do presente estudo, tentamos avaliar se existem espaços para negociação de objetivos e interesses entre os professores e os profissionais de saúde, como reuniões de planejamento.

Segundo D'Amour (2008), a inexistência desses espaços pode gerar comportamentos oportunistas, como exemplo: Profissionais de saúde que deixam os estudantes assumirem o atendimento dos usuários sem nenhuma orientação; professores encaminham os estudantes para o serviço sem se preocuparem de planejar com a equipe de saúde a compatibilização de atividades de ensino com atendimentos

aos usuários ;por outro lado, em havendo reuniões de planejamento e ação colaborativa, os profissionais de saúde e professores poderiam organizar as atividades de forma a melhorar tanto a qualidade do ensino quanto da assistência aos usuários.

## **b. Governança**

### **b.1. Centralidade**

A centralidade se refere à existência de direção clara e explícita, que coordena as ações, no sentido da colaboração. Os dados revelam a importância da participação de algumas autoridades centrais de forma a dar uma direção clara, tendo um papel estratégico e político para promover a execução de processos e das estruturas que facilitam a colaboração.

No presente estudo, vamos avaliar se há e qual a intensidade da centralidade na colaboração entre as IES e os serviços de saúde investigando a compreensão dos gestores sobre este processo em Sobral/CE.

### **b.2. Liderança**

A liderança local é necessária para o desenvolvimento interprofissional e colaboração interorganizacional. A liderança pode se apresentar em diferentes situações e formas, que podem ser categorizadas como emergentes ou em relação a uma posição. No que diz respeito à colaboração, liderança pode ser exercida pela pessoa que tem um mandato ou pelos profissionais que tomam a iniciativa. Quando a liderança é relacionada a uma posição, o poder não deve ser concentrado nas mãos de um único parceiro; todos os parceiros devem poder ter suas opiniões escutadas e participar na tomada de decisão.

### **b.3 Suporte para inovação**

A colaboração envolve necessariamente mudanças nas práticas clínicas e na partilha das responsabilidades entre profissionais. Estas mudanças representam as inovações reais a serem desenvolvidas e executadas. A colaboração necessita de um processo de aprendizagem complementar e de uma expertise interna ou externa para

dar suporte a esta aprendizagem. Pretendemos avaliar se ocorre alguma iniciativa de suporte a colaboração entre professores e profissionais de saúde.

#### **b.4. Conectividade**

Refere-se ao fato de estarem os profissionais e as organizações interconectados, havendo espaço para a discussão e a construção de vínculos entre eles. A conectividade permite ajustes rápidos e contínuos em resposta aos problemas da coordenação, ajustando as práticas. Se expressa através dos sistemas de feedback, de devolução de imagens e percepções. Investigando a existência de espaços de avaliação, pretendemos analisar se existe e qual o grau de conectividade das equipes das IES e do Sistema Municipal de Saúde.

#### **c. Formalização**

##### **c. 1. Ferramentas de formalização**

A formalização é um meio importante de esclarecer aos vários parceiros as responsabilidades e pactuar como estas serão compartilhadas. Há muitos tipos de ferramentas de formalização: acordos, protocolos, sistemas de informação, etc. Para os profissionais, é importante conhecer o que se espera deles e o que eles podem esperar do projeto em comum. Tentaremos identificar acordos institucionais, normas e outras ferramentas e instrumentos que evidenciem a formalização do processo de colaboração, bem como vamos investigar o conhecimento dos atores envolvidos sobre este processo.

#### **d. Internalização**

##### **d.1. Conhecimento mútuo**

Os profissionais devem se conhecer pessoal e profissionalmente, possibilitando desenvolver uma sensação de pertença a um grupo. Conhecer cada um significa conhecer seus valores, seu nível de competência, seu sistema de referência profissional, sua abordagem e escopo da prática. O processo da familiarização ocorre em ocasiões sociais, atividades de capacitação, situações formais e informais, permitindo trocas de experiências, de conhecimentos, de sentimentos.



## **d.2.Confiança**

A colaboração é possível somente quando há confiança nas competências e habilidades para assumir responsabilidades. A confiança reduz a incerteza. Quando há demasiada incerteza, pode haver resistência à colaboração interprofissional, não construindo redes. As avaliações no grupo contribuem na auto-avaliação e na confiança coletiva. Buscaremos observar se existe confiança mútua entre os atores do processo e qual a sua intensidade.

## **d.3.Troca de Informações**

A troca de informação se refere à existência e uso apropriado da infra-estrutura de informação, de forma a permitir trocas de informação rápidas e completas entre profissionais.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas a análise e discussão dos resultados, organizadas em quatro sessões segundo fontes investigadas e a quinta, correspondente a triangulação dos dados, a saber:

- A compreensão dos gestores sobre a colaboração entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde no Sistema de Saúde Escola de Sobral;
- A percepção dos professores que desenvolvem atividades pedagógicas em serviços públicos de saúde sobre a colaboração com os profissionais de saúde;
- A percepção dos gerentes que recebem estudantes nos Centros de Saúde da Família sobre a colaboração com os docentes e;
- Análise Documental;
- Triangulação dos dados.

### 6.1 A percepção dos gestores sobre a colaboração interprofissional

Na Dimensão Objetivos e Visão Compartilhados, D'Amour relaciona dois indicadores: **Objetivos Comuns** e **Orientação centrada no cliente versus outras orientações**. No presente estudo, interpretamos que para plena integração dos serviços de saúde às IES, os gestores destas organizações precisam compartilhar os objetivos de viabilizar colaborativamente formação profissional contextualizada, a educação permanente para os profissionais de saúde e a qualificação do processo de atenção à saúde.

A perspectiva histórica do processo de colaboração e da existência de objetivos comuns foi trazida no depoimento da Gestora Municipal da Saúde 2.

*Primeiramente vamos rapidamente contextualizar esse processo, para não falar somente do hoje. Então, essa possibilidade de ter uma colaboração interinstitucional com vista à qualificação do processo ensino-aprendizado e, conseqüentemente, com vista à qualificação da atenção à saúde de Sobral, ela data a mais de uma década. Obviamente com o processo crescente com sua complexidade e conseqüentemente com os resultados. Então, para nós, temos referência o ano 1997 nós temos o início da reforma sanitária em Sobral, convergindo com todo modelo político-administrativo que se instaurou em Sobral e pelo protagonismo de seus gestores tanto como o executivo como o gestor municipal da Saúde, entendeu-se que para reorientar um modelo de saúde que era almejado naquele momento para Sobral, isso só seria possível se houvesse um investimento forte na formação dos trabalhadores, na formação tanto*

*aquele trabalhadores que já eram egressos das universidades como das escolas técnicas como também aqueles que estavam em processo de formação. E daí acha que se inicia um processo de organicidade de Sobral entre os órgãos formadores e o sistema municipal de saúde. Naquele momento, nós contávamos basicamente com uma instituição formadora em graduação, que era a UVA a qual foi rapidamente construída uma relação de parceria que os grandes desdobramentos foram, a princípio, ações em educação permanente a princípio para os médicos e para os enfermeiros e, imediatamente, para os dentistas e dois anos depois com a experiência da residência multiprofissional em saúde da família que já estamos aí com a nona turma (Gestor da Escola Municipal de Educação Permanente em Saúde).*

Da história da implantação do sistema municipal de saúde de Sobral, destaca-se na fala da gestora a compreensão de que a reorientação do modelo de atenção só seria possível a partir da mudança na formação dos profissionais de saúde.

O depoimento do Gestor da Educação 1 registra que a parceria e o compartilhamento de objetivos entre as esferas de governo municipal e estadual e as Instituições de Ensino Superior motivaram, inclusive, a parceria para a implantação do curso de Medicina em Sobral no ano de 2001.

*O que ocorreu foi que este curso de Medicina conseguiu fazer com que as atividades práticas e algumas atividades teóricas pudessem se fazer tanto no Sistema Municipal de Saúde (SMS), quanto na Santa Casa de Sobral, compreendendo também o Hospital do Coração. E no SMS, os alunos inseridos tanto na atenção primária como na atenção secundária. Então, nós pudemos construir isso, e mais ainda nesta parceria, está o Governo do Estado do Ceará, que além de ter colaborado no início da Faculdade com os equipamentos e o mobiliário para esta Faculdade funcionar, (...) na gênese desta Faculdade, nós iniciamos nossa Faculdade, tamanha era nossa parceira, dentro da estrutura física da UVA, no Centro de Ciências da Saúde, onde estava lá a Enfermagem e a Educação Física. Depois, a Prefeitura de Sobral, com recursos próprios, construiu o prédio, o primeiro bloco, o segundo bloco e o terceiro bloco. (Gestor da Educação 1)*

No discurso do Gestor Municipal da Saúde 1, identificamos a compreensão de que a integração entre o ensino superior e os serviços de saúde garante a qualidade da atenção:

O serviço realizado com a escola formadora é garantia da qualidade do serviço. (Gestor Municipal da Saúde 1)

Parece ter havido a construção da ideia entre os gestores de que a integração dos serviços de saúde aos cursos de graduação teria a potencialidade de aprimorar ambos, o que remete as vantagens das organizações terem objetivos em comum.

*...a gente tem buscado o quanto essa universidade pode estar contribuindo nessa equalização dos profissionais da saúde, o quanto o serviço pode estar contribuindo na qualificação dos docentes... Sentimo-nos corresponsáveis pela formação e que entenda que essa regulação vai aprimorar tanto essa atenção como o processo ensino-aprendizagem com os alunos. (Gestor da Escola Municipal de Educação Permanente em Saúde)*

Esta mesma compreensão foi observada no discurso de outros gestores entrevistados:

*Acho que o principal deles é a aliança entre as IES para desenvolver a educação na saúde na nossa região, seja em nível de graduação, extensão, pesquisa e pós-graduação, buscando fortalecer o SUS e, por conseguinte melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. (Gestor da Educação 2)*

*A eficiência do ensino para nós está na eficiência da assistência, o modelo para o bom ensino é a boa assistência, eu acho que é fundamental isso. (Gestor da Educação 1)*

Outro sentimento identificado foi o de que apenas compromissos coletivos construídos com base no interesse pelo bem comum, possibilitaram alcançar uma maior integração entre o sistema de saúde e as IES:

*Porque isso é uma coisa orgânica, natural, como eu te disse aqui, acho que três vezes, que nos outros municípios não tem e que não se faz meramente por decreto, não adianta ter uma lei, algum estatuto que oriente, que determine, isso foi construído num momento político muito importante e definitivo para os destinos do município e vem se mantendo sem vaidade, sem apupes e sem covardia, são pessoas que entendem que essa é a forma certa de fazer o melhor para a sociedade (Gestor da Educação 3).*

Na opinião de alguns gestores, esta integração também possibilitou o aumento da oferta de serviços de saúde.

*O curso de Medicina hoje, por si só, já formou 236 médicos, desses 236 médicos, hoje, 48 moram, trabalham exclusivamente em Sobral, esse número cresce para 78 se você considerar os que moram em Sobral, mas que trabalham nas cidades aqui circunvizinhas. Vinte e duas vagas de residências médicas por ano oferecidas aqui, isso ampliou a formação de profissionais, aumentou o leque de serviço e conseqüentemente a quantidade e a qualidade do serviço ofertado as pessoas. (Gestor da Educação 3).*

O segundo indicador descrito por D'Amour para dimensão Objetivos e Visão Compartilhados é a **Orientação Centrada no Cliente versus Outras Orientações**. Na nossa interpretação, o Sistema Municipal de Saúde Escola de forma ideal, deveria levar a convergência de todos os interesses para oferta de um serviço de saúde com a melhor qualidade possível para os cidadãos, não havendo contradição entre esta finalidade e os processos de formação e educação permanente em saúde.

Na visão de D'Amour (2008), nas relações inter-organizacionais e inter-profissionais, existe geralmente uma estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos diferentes de fidelidade. O resultado é uma assimetria dos interesses entre os profissionais, ou uma convergência parcial destes. A negociação e pactuação são necessárias para que ocorram ajustes mútuos.

Observou-se no discurso do Gestor Municipal de Saúde uma ênfase no compromisso social dos estudantes com a comunidade.

*A partir do momento que um estudante é considerado um universitário tem obrigatoriamente um compromisso social. O problema é que ainda não está muito definido em muitas cidades brasileiras qual é o verdadeiro compromisso de um acadêmico, principalmente de um acadêmico de uma escola pública junto com as comunidades. Um acadêmico que ocupa um espaço público, ele tem que entender que quem custeia a formação dele é o público e já tem que dar um retorno como acadêmico para transformar a sociedade, principalmente as sociedades com maiores carências. (Gestor Municipal de Saúde 1)*

Outro discurso que emergiu dos gestores da educação foi necessidade da adaptação dos serviços e da formação em docência de professores e preceptores para a qualificação da formação profissional.

*E aí, esta parceria, para que ela ocorra, precisa adequar para o ensino a estrutura física, e adequar para o ensino o processo de trabalho dos profissionais, porque o ensino em saúde, que é o que nós trabalhamos aqui, não só o tutor, o condutor das atividades, tanto prática quanto teórica, não é só o professor da universidade, são também os profissionais do sistema de saúde e os profissionais do hospital de ensino, para isso é necessário que não haja somente um planejamento do processo de trabalho dos professores, mas tem que existir um planejamento do processo de trabalho dos profissionais do sistema de saúde e da Santa Casa, talvez esse seja um passo qualitativo que interdisciplinaridade, intersetorialidade, a colaboração entre as instituições vá progredir, no momento em que nós pudermos fazer o planejamento do processo de trabalho tanto dos professores quanto dos profissionais do sistema de saúde (Gestor da Educação 2).*

Os dados levam a acreditar que para os gestores de saúde o cliente prioritário é o usuário dos serviços, enquanto para o gestor da educação, o foco está no profissional em formação.

Na **Dimensão Governança** D'Amour descreve quatro indicadores: centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade.

O **indicador Centralidade** esta relacionado à coordenação das ações para promoção de processos e estruturas que facilitem a colaboração. Foi observado na fala de gestores da saúde a existência de grupos de melhoramento, coordenação e avaliação da colaboração, aspecto que esta relacionado com a **presença de Centralidade**.

*A secretaria de Saúde criou um grupo de melhoramento das ações dessa parceria. Nesses pontos de intersecção, a gente tem e essa é uma necessidade e precisamos de pessoas selecionadas para fazer o monitoramento, analisar o impacto da inserção em profissionais em formação que são os acadêmicos na assistência (Gestor Municipal de Saúde 1).*

Na fala seguinte se destaca a compreensão da necessidade de coordenação entre as instituições de ensino e os cursos de graduação de forma a equilibrar a quantidade e a qualidade dos alunos inseridos na rede de saúde com a capacidade instalada dos serviços e a atribuição desta responsabilidade à escola responsável pela educação permanente em saúde de Sobral, a Escola de Formação em Saúde da Família.

*Com essa efervescência dos cursos de graduação na área da saúde, com a ampliação das instituições, há três anos, o secretário municipal de saúde, por um ato normativo seu, designou que a escola fosse a coordenadora de todo o sistema municipal de saúde da escola na perspectiva das praticas e esse é o movimento que vem trabalhando de forma muito intensa de modo a não trazer danos, pelo contrário, buscar qualificação e também permitir que os alunos tenham a potencialidade de que nesse cenário de prática, eles desenvolvam uma aprendizagem qualificada, para que a gente não incorra num risco desse aumento muito crescente e muito rápido do aumento do numero de estudantes, para que a gente também evite alocá-los em um campo de prática sem uma condição mínima de aprendizagem. Então, atualmente, nós estamos nesse processo de regulação, de definição, de capacidade instalada, ouvindo tanto os estudantes, como os gestores e os trabalhadores (Gestor da Escola Municipal de Educação Permanente em Saúde).*

Trabalhando o **indicador Liderança** a partir da análise do discurso dos gestores, ou seja, atores que possuem um mandato, investigou-se atitudes e iniciativas que caracterizassem este fator de Governança no processo de colaboração interprofissional para integração IES e serviços de saúde. Os **gestores entrevistados em diversas falas demonstraram liderança** por meio do exercício do poder no sentido de favorecer o processo de integração e colaboração entre IES e o Sistema Municipal de Saúde.

*Nós já tivemos alguns encontros que agregam todos (todos os representantes das IES – registro do autor), porém a vir do processo mostrou que eles estão precisando de encontros mais focados com cada instituição. Então, nós temos trabalhado mais diretamente com cada instituição e, eventualmente, nós temos reunidos todas as instituições onde a gente mostra onde tem havido essa pactuação às vezes de território que, algumas vezes isso tenha sido necessário, de apresentação desse regulamento interno das diretrizes. Então fazemos assim: as pactuações que são comuns a todos, nós fazemos no coletivo e, pela especificidade das instituições, nós estamos tendo encontros mais regulares com cada instituição que apresenta sua demanda, sua especificidade e aí a gente vai negociando. (Gestor da Escola Municipal de Educação Permanente em Saúde)*

Em outros trechos das entrevistas alguns **gestores destacam iniciativas de liderança de gestores de outras instancias** implicados no processo, na maioria das vezes em colaboração com as instituições que eles próprios representam.

*A primeira experiência desencadeadora tenha sido a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde o serviço de saúde, a Escola de Formação em Saúde da família e a Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA formalizaram uma parceira que já dura 11 anos, uma vez que a primeira turma de residência data de 1999. (Gestor da Educação 1)*

*O sistema municipal de saúde vem contribuindo disponibilizando os seus vários níveis de complexidade, de assistência nas unidades da estratégia saúde da família, no CEM, na unidade mista, que é outra complexidade e também através de seus equipamentos de apoio (Gestor da Educação 2).*

A colaboração no interior do Sistema Municipal de Saúde Escola implica mudanças e inovações nas práticas e divisão de responsabilidades entre gestores e profissionais. Segundo D'Amour & Cols (2008) a colaboração necessita de uma

**expertise interna ou externa** para dar suporte a esta aprendizagem necessária para o processo.

A criação da Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral em 2001 tratou-se de um **Suporte para a Inovação** do Sistema Municipal de Saúde Escola (ANDRADE et Cols, 2004), dado que no país iniciativas como esta ainda são raras.

Outras iniciativas registram mais suporte para a colaboração entre IES e o Sistema Municipal de Saúde.

*....essa parceria entre a Universidade e a Secretaria, ela permitiu desdobrar uma série de iniciativas como ex. a Residência, mas também professora da Universidade se fizessem presente com a atuação profissional inclusive no sistema municipal de saúde numa ação de preceptorial e também profissionais do sistema passassem a compor o quadro de docente, como colaborador, como substituto ou como a expertise de como estava lá na formação. (Gestor da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia)*

O próximo indicador da Governança é a **Conectividade**, que diz respeito a importância dos profissionais e as organizações estarem interconectados, havendo **espaço para a discussão e a construção de vínculos** entre eles. A conectividade permite ajustes rápidos e contínuos em resposta aos problemas da coordenação, ajustando as práticas.

Os gestores citaram vários fóruns de decisão e planejamento voltados para o processo de integração ensino-serviço de saúde no município de Sobral e na macrorregião norte do Ceará. A coordenação criada no interior da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, que planeja este processo regulando as aulas práticas e estágios nos serviços municipais de saúde, é um exemplo.

Outro exemplo é a CIES macrorregional:

*Outra estratégia importante de articulação tem sido a implantação da Comissão de Integração ensino-serviço (CIES) na macrorregião Norte do Estado do Ceará que tem se configurado como importante espaço de interlocução interinstitucional e intersetorial da saúde e educação (Gestor da Educação 1).*



No caso do Sistema Municipal de Saúde Escola, a existência de um espaço ou fórum de negociação é um elemento exigido.

Resgatando o conceito, a **Dimensão Formalização**, a qual D'Amour & Cols (2008) atribuiu o indicador Ferramentas de Formalização, se refere à existência de documentos formais que tornem claro aos parceiros de um projeto de colaboração as responsabilidades pactuadas.

Neste sentido, o Decreto nº 1247 de 13 de agosto de 2010 criou legalmente a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Saboia – EFSFVS, como parte da administração municipal, conferindo um caráter mais sólido e permanente à esta instituição. Transcrevemos abaixo os artigos iniciais do decreto:

*DECRETO MUNICIPAL Nº 1247 DE 13 DE AGOSTO DE 2010: Art. 1º - Fica criada, na Secretaria da Saúde e Ação Social, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia EFSFVS. Parágrafo Primeiro A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia EFSFVS constitui-se como unidade administrativa equiparada à pessoa jurídica de direito público, subordinado e vinculado à Secretaria da Saúde e Ação Social. Art. 2º - A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia EFSFVS terá por finalidade desenvolver atividades relacionadas com ensino presencial e a distância, pesquisa, informação e documentação em saúde, formação, aperfeiçoamento e educação permanente para profissionais de saúde. Art.3º Para consecução de suas finalidades é facultada a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia EFSFVS desempenhar suas atividades mediante convênios, contratos e acordos de cooperação técnica, com entidades públicas e privadas, nacionais e internacionais.*

Os Convênios celebrados entre a Prefeitura Municipal de Sobral e as IES são exemplos de acordos oficiais deste processo de colaboração.

Quanto à percepção dos gestores quanto aos convênios existentes observou-se avaliações críticas no sentido da necessidade de aprimoramento e de melhor especificação das responsabilidades dos convenientes.

*Nós vimos que foram um avanço esses convênios, mas em um determinado momento, eles eram tão abrangentes, soltos que então não descreviam de forma clara a responsabilidade de cada instituição e a relação também de contrapartida. (Gestora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia).*

Na **Dimensão Internalização**, se incluem os indicadores Conhecimento Mútuo, Confiança e a Troca de Informação. O indicador Conhecimento Mútuo diz respeito a importância dos atores da colaboração se conhecerem pessoal e profissionalmente, possibilitando desenvolver uma sensação de pertença a um grupo. Conhecer cada um significa conhecer seus valores, seu nível de competência, seu sistema de referência profissional, sua abordagem e escopo de prática (D'AMOUR, 2008).

Na fala a seguir a Gestora da Escola de Formação em Saúde da Família demonstrar conhecer o potencial de trabalho e as contribuições que a Universidade pode trazer aos serviços de saúde.

*A Universidade pode contribuir no processo de educação permanente com os trabalhadores, na reorganização do processo de um trabalho, na atualização, na disponibilidade de vagas. ( Gestor da Educação)*

O **Conhecimento Mútuo** ocorre por meio de um processo de familiarização em ocasiões sociais, atividades de capacitação, situações formais e informais. Do ponto de vista da Gestão, os espaços de encontro e discussão coletivos viabilizam a troca de experiências, informações, conhecimentos e sentimentos. É o caso dos Fóruns entre profissionais de saúde e professores universitários a cada semestre no Sistema Municipal de Saúde Escola de Sobral.

*Nós estamos fazendo dois encontros semestrais, nós temos com esse grande fórum que é a abertura dos trabalhos dos semestres e também ao final do semestre tem uma avaliação (Gestor da Educação)*

Por outro lado, verificou-se que nem todos os gestores estão participando ativamente ou ainda sentem a necessidade de aperfeiçoamento destes fóruns. Foi o caso especificamente de um gestor da educação, que manifesta a necessidade de aperfeiçoamento dos espaços de discussão, principalmente no sentido da avaliação do trabalho colaborativo para a melhoria do planejamento.

*Não existe, é isso que eu estava lhe dizendo no começo. Um passo qualitativo desta parceria, da UFC, UVA, SMS, da Diocese e Santa Casa seria, em algum momento, semestralmente, esses parceiros se reúnam para avaliar o que aconteceu no semestre passado e planejar o semestre seguinte... criar um fórum que pudesse discutir desde o currículo de cada curso, o papel de cada uma na formação dos profissionais e também a*

*inserção desses alunos e desses professores nesse sistema de ensino, seria um sistema de ensino bem amplo, mas que acontecesse através de um planejamento estratégico e de avaliação. (Gestor da Educação)*

O Fórum pode estar relacionado, portanto, a dois indicadores da **Dimensão Internalização, Conhecimento Mútuo e Troca de Informações**. Entretanto, um fórum semestral talvez não seja suficiente para manter um nível de troca de informações para organização “ótima” do processo de colaboração interprofissional e interinstitucional, talvez outros instrumentos se façam necessários, como reuniões entre equipes de profissionais e professores de cada unidade de saúde mais frequentes, um portal para troca de experiências e informações, entre outras possibilidades.

A colaboração somente é possível quando há confiança nas competências e habilidades para assumir responsabilidades. A confiança reduz a incerteza. Quando há demasiada incerteza, pode haver resistência à colaboração interprofissional, não construindo redes. As avaliações no grupo contribuem na auto-avaliação e na confiança coletiva. Buscamos observar se existia confiança mútua entre os atores do processo e qual a sua intensidade.

No caso de Sobral, muitas vezes o mesmo ator está inserido na perspectiva da assistência dos serviços de saúde e, concomitantemente, assumindo papel de educador vinculado a determinada IES. Talvez esta seja uma característica que facilite a integração e torne o processo de colaboração mais orgânico.

*No município de Sobral a gente tem isso com muita clareza. A área da saúde, ela às vezes nos confunde, a gente não sabe se está ali como gestor, como profissional, como educador, como estudante, isso torna muito mais natural o processo. (Gestor da Educação 2)*

A continuidade de uma linha política e administrativa na gestão municipal, por meio de uma aliança partidária que vem se mantendo há dezesseis anos, também deve ser um fator facilitador para o suporte a integração serviços de saúde e IES. Isto também se identifica na fala de alguns gestores.

*Porque isso é uma coisa orgânica, natural, como eu te disse aqui, acho que três vezes, que nos outros municípios não tem e que não se faz meramente por decreto, não adianta ter uma lei, algum estatuto que oriente, que determine, isso foi construído num momento político muito importante e definitivo para os destinos do município e vem se mantendo*

*sem vaidade, sem apupes e sem covardia, são pessoas que entendem que essa é a forma certa de fazer o melhor para a sociedade.(Gestor Educação 2)*

## **6.2. A percepção dos professores sobre a colaboração interprofissional**

Uma amostra de 17 professores dos cursos de graduação da área de saúde em Sobral que acompanham estudantes em atividades práticas em serviços públicos de saúde, responderam ao questionário auto-aplicável sobre o processo de colaboração interprofissional com os profissionais destes serviços.

O principal cenário de práticas utilizado por estes profissionais são os Centros de Saúde da Família, citados por 8 professores, a seguir vem ambulatorios especializados, hospitais e laboratórios. Alguns professores relataram utilizar também outros espaços públicos, como praças, quadras e piscinas, sedes de Organizações não Governamentais, Redes Sociais de Apoio e Associação de Bairros.

Dez professores relataram participar de reuniões periódicas com a equipe da unidade de saúde para planejamento das aulas práticas, os outros sete negaram esta participação.

Na perspectiva da construção de objetivos comuns de trabalho, presente na **Dimensão Objetivos e Visão Compartilhados da Colaboração Interprofissional**, a percepção destes docentes é a de que as reuniões com a equipe de saúde apresentam-se como um espaço para o ajuste de técnicas de trabalho, para adequar as atividades com os alunos às necessidades da unidade, o aperfeiçoamento dos fluxos de processos de trabalho existentes, bem como aproximar ainda mais da realidade vivida na unidade. Conforme relata um professor, aqui identificado como P17:

*Auxiliam na medida em que conhecemos a realidade e as problemáticas e configuramos as temáticas objetivando discutir a realidade.(P17)*

Vários professores percebem que as reuniões contribuem na resolução de determinadas intercorrências, embora um tenha mencionado que nestas ocasiões são

dados principalmente informes e que discussões sobre atividades práticas precisam ser feitas com muito cuidado.

*...Muitos informes / temos que usar de muita diplomacia para questionar condutas e adaptar a nossa realidade de estudantes e não profissionais.(P09)*

Dos professores que negaram existir espaço para resolução de intercorrências nas reuniões, as seguintes situações foram mencionadas: os acordos quanto as atividades são realizados apenas no primeiro dia do estágio, dado que a carga horária deste é curta (P09); os problemas são discutidos apenas com o gerente; o coordenador adjunto do curso é que reúne com os profissionais de saúde. A raridade ou ausência de reuniões entre os professores e os profissionais de saúde pode dificultar a construção de **Objetivos Comuns** de trabalho.

Quanto ao processo de atenção aos pacientes e à organização do serviço, os docentes observaram uma variedade de objetivos comuns, tais como melhoria da qualidade da assistência a saúde, qualificação da formação profissional na saúde, promoção da Saúde, entre outros.

#### **Quadro 02 – Percepção dos professores quanto aos objetivos que compartilham com os profissionais de saúde**

P01	Assistência a Saúde e organização do serviço
P02	Promoção da saúde e da qualidade de vida, para além do desenvolvimento dos indivíduos em formação
P03	Atender os pacientes com o menor tempo de espera possível e checar a aderência e o uso correto das medicações
P04	Todos
P05	Unificação das atividades, capacitação de todos os profissionais e assistência aos usuários.
P06	De uma atenção mais humanizada a partir de medidas simples, como tratar o paciente sempre pelo nome, não por um número de identificação.
P07	Vínculo com a comunidade e promoção á saúde
P08	Qualidade na assistência aos pacientes, atividades de atenção á saúde, melhoria de acessos as consultas, atividades em grupos (gestantes, idosos)
P09	Empatia, vínculo com a comunidade e promoção á saúde.
P10	Procuramos desenvolver atividades educativas e acompanhamento de demandas existentes na comunidade.

P11	Promoção da saúde bucal, identificação e resolutividade dos problemas do local.
P12	Atenção humanizada, baseada em projeto terapêutico e busca de tecnologias e teorias atualizadas.
P13	Melhora do tratamento e da assistência.
P14	Temos grupos de idosos e pessoas com deficiência que participa dos projetos de extensão existentes.
P15	Melhora da qualidade e da eficiência no atendimento aos pacientes
P16	Necessidade de mão de obra qualificada
P17	Apresentamos os problemas aos alunos e aprendemos com estes a encontrar soluções praticas e adaptadas a realidade de cada comunidade e isso é bem comum como objetivo

Chama atenção na fala dos professores a menção de aspectos relacionais como empatia, humanização e vínculo com o usuário, reforçando o potencial das atividades práticas como forma de desenvolver competências para comunicação e estabelecimento de vínculos com a comunidade entre os estudantes. Aqui se relaciona o indicador **Orientação Centrada no Cliente versus Outras Orientações na Dimensão Objetivos e Visão Compartilhada.**

Porquanto se fala em objetivos comuns quanto ao processo de formação dos estudantes, há uma percepção clara quanto à integração, onde o acesso às informações do processo de trabalho, compartilhamento da prática como estratégia de ensino-aprendizagem e a articulação entre teoria e prática foram pontos enfatizados.

Quanto à formação técnica dos profissionais que os apoiam nas atividades com os estudantes, os docentes apresentaram um considerado nível de conhecimento dos profissionais, apontando as seguintes categorias: agentes comunitário de saúde, técnicos de enfermagem, médicos, psicológicos e técnicos de saúde bucal. Chama atenção os docentes perceberem que profissionais de nível médio têm contribuições a formação de profissionais de nível superior. Aqui se coloca a perspectiva da colaboração transprofissional, ou seja, entre profissionais de diversos níveis de formação. Estes aspectos estão relacionados ao indicador **Conhecimento Mútuo na Dimensão Internalização.**

A tendência apresentada pelos professores foi de confiar muito ou completamente nos profissionais que apoiam a atividade dos alunos nas Unidades de Saúde. Os professores que apresentaram uma boa relação de confiança com os

profissionais de saúde mencionaram a disponibilidade deste para o trabalho, sua experiência prática, o conhecimento da comunidade e da realidade local como fatores que alimentavam sua **Confiança** (indicador da **Dimensão Internalização**). Destaque para palavras chaves nas falas dos professores como – Conhecer a realidade local e a experiência acumulada, aliadas à disposição:

*Quando os profissionais apóiam as atividades sentimos confiança porque o mesmo conhece a comunidade e realidade local. (P10)*

*Mesmo com uma rotina intensa de trabalho, estão sempre dispostos a atender as solicitações. (P06)*

A questão seguinte, onde se pergunta se o superior do professor o apoia para realização de atividades práticas em serviço, remete à **Dimensão Governança**, no indicador **Conectividade**, já que diz respeito a construção e fortalecimento de vínculos. Neste caso, a referência é diretamente relacionada ao processo organizacional do setor da educação, envolvendo os aspectos hierárquicos. Contudo, com um viés inteiramente qualificado para o processo de colaboração com o setor saúde.

O comportamento das respostas evidenciou uma forte presença de estímulo e apoio aos professores para realização de atividades práticas nos serviços de saúde por parte dos gestores da educação. Um dos aspectos presentes em parcela considerável das falas quanto ao apoio dos gestores das IES, foi o suporte de infra-estrutura e logística de trabalho como transporte, fornecimento de materiais e equipamentos necessários às atividades pedagógicas em campo, mas, sobretudo, a articulação das parcerias, onde os gestores da educação, no caso desses coordenadores, apresentam-se como fundamentais na construção e estabelecimento de vínculos, bem como ajuste de práticas.

*A instituição de ensino sempre apóia a iniciativa, disponibilizando bolsas de extensão e alguns materias, como data-show, sala para supervisão. (P12)*

*Disponibiliza ofícios, transportes, contato prévio e reuniões com responsáveis pelas instituições (P08)*

A troca de experiência foi citada em mais de uma fala, como sendo uma condição constantemente incentivada pelos coordenadores, aspecto que parece fortalecer a parceria.

Novamente a **Dimensão Governança, no indicador conectividade**, é ressaltada no questionário. Agora, a perspectiva de relação diz respeito ao apoio dos gerentes para integração, com tendência positiva, onde apenas um professor afirmou não ter recebido apoio para seus estudantes, ao relatar que não há contato com a gerência da unidade de saúde.

O bom acolhimento e a boa receptividade por parte dos gerentes foi fala recorrente no discurso dos professores quando questionados sobre este ponto. A disponibilidade do espaço do serviço e a inclusão dos alunos nos trabalhos de rotina da unidade também estiveram presentes como aspectos que podem ser destacados. Numa das falas, o gerente foi colocado como figura de articulação entre os alunos e os demais profissionais da unidade:

*Articulam com os outros profissionais para que acolham todos os estudantes, para que eles possam participar das atividades realizadas nas UBS. (P05)*

Em outra foi destacado o papel do gerente na organização dos horários de aulas práticas de modo a evitar um número excessivo de estudantes no serviço, além da inclusão dos estudantes em reuniões, eventos e estudos de caso:

*Sempre disponível em construir horários para recebê-los sem choque com os outros cursos ou super-lotação de alunos nos serviços. Ter agenda permanente das atividades com os docentes, como reunião de roda, eventos e estudos de caso. (P12)*

No questionário auto-aplicado foi investigada a percepção do professor em relação a preocupação da gerência em valorizar a qualidade das atividades práticas ao adaptar rotinas do serviço com vistas à facilitação do processo de aprendizagem dos estudantes. Este tipo de atitude classifica-se na **Dimensão Objetivos e Visão Compartilhados**, no indicador **Objetivos Comuns** do modelo de análise da Colaboração Interprofissional de D'Amour (2008). A maioria dos professores



informou que não haviam ocorrido mudanças nas rotinas da unidade em função das aulas práticas.

Os sete professores que informaram mudanças nas atividades do Centro de Saúde para favorecer atividades de ensino, citaram mudanças no cronograma, distribuição do número de atendimentos individuais de psicologia ao longo da semana para atender a uma necessidade dos estudantes desta área, e alteração nos horários da realização de grupos terapêuticos. Um dos professores alertou que as mudanças acontecem gradativamente, justificando no seu discurso, que o retardo ocorre pela necessidade de adaptação:

*Aceitaram gradativamente. A entrada de novos membros em uma equipe requer adaptação. (P13)*

Na ótica dos professores entrevistados, a contribuição dada pelas atividades práticas no processo de atenção aos usuários na unidade de saúde é significativa. Entre as mudanças positivas destacadas encontram-se: o atendimento em especialidades médicas antes não ofertadas na unidade, aumento na quantidade de atendimentos ambulatoriais, visitas domiciliares e visitas de promoção da saúde. Um professor de psicologia citou a solicitação frequente da participação de professores e estudantes em processos de atenção como um indicador da melhoria unidade. Foi destacado pelos professores que a realização de atividades educativas em saúde recebeu um reforço considerável por parte dos estudantes. Estes aspectos se relacionam ao indicador **Orientação Centrada no Cliente versus outras Orientações**.

Um dos professores citou a redução da demanda como um indicativo de melhora no padrão de atenção da unidade consequente a integração ensino-serviço:

*Atendendo a população, diminuindo a demanda de pacientes para a prefeitura e melhoria dos problemas bucais e faciais. (P11).*

Destaca-se, ainda, na fala de um dos professores, a observação de que os profissionais se encontram mais atentos por ocasião do atendimento, considerando que são modelos para os alunos:

*Percebo que os profissionais estão mais atentos com suas condutas, pois são modelos para os estudantes. (P12)*

Os professores estavam informados sobre a existência de protocolos de formalização da parceria entre as Instituições de Ensino e a Secretaria Municipal de Saúde e entre as IES e a Santa Casa de Misericórdia. Foram citados ainda a existência de termos de estágio e extensão. Lembrando que este fato está relacionado a **Ferramentas de Formalização, indicador da Dimensão Formalização.**

Ao abordar o processo de comunicação dos professores com os profissionais de saúde da unidade sobre a atenção aos pacientes, tratando do indicador **Conectividade** da Dimensão **Governança** do modelo de D'Amour, a tendência das respostas foi de afirmar que a troca de informações sobre os pacientes ocorre entre frequente e muito frequentemente. Ao responderem sobre os instrumentos utilizados para este tipo de compartilhamento, o espaço do prontuário foi o mais citado, seguido das reuniões de roda e outras reuniões.

Diálogos estabelecidos por encaminhamentos, ofícios e até mesmo internet foram citados, como também um protocolo próprio da Enfermagem, o SAE (Sistema da Assistência em Enfermagem) (P08). Discussões sobre projetos terapêuticos e estudos de caso também foram relatados como forma de compartilhamento de informações sobre pacientes (**Indicador Troca de Informações** da Dimensão **Internalização**). A informação de que a maior parte do processo de comunicação ocorre por meio dos prontuários nos alerta para estimular o contato pessoal, que possibilita discussões e trocas de experiências de forma mais aprofundada, contribuindo para o aprendizado coletivo das equipes de saúde, professores e estudantes.

Na pergunta seguinte foi questionada se havia convívio social entre professores e profissionais de saúde fora do ambiente de trabalho. A maioria dos participantes relatou a inexistência ou a baixa frequência desta relação.

Ao final solicitou-se aos professores que comentassem livremente sobre as atividades práticas com os estudantes nos CSF e sua relação com os profissionais destes centros.

Um dos participantes realçou de forma genérica que os profissionais de saúde têm um papel relevante na formação dos estudantes.

*Gostaria de ressaltar a importância desse link entre estagiários e profissionais de saúde, pois fazemos parte também da formação desses estudantes, tendo como consequência garantir uma melhor qualificação desse novo profissional. (P 11)*

Alguns professores chamaram atenção para a inadequação do espaço físico do CSF para as atividades práticas da graduação, a escassez de insumos, a quantidade excessiva de estudantes por unidade de saúde, bem como a insuficiência de profissionais. Na fala sobre a escassez de profissionais não fica claro se esta se refere à garantia da qualidade da atenção a comunidade e/ou ao processo de ensino-aprendizagem.

*Precisa melhorar a estrutura física e há excesso de estudantes por professor (no meu caso chega a 07 na mesma sala). (P07)*

*Atualmente, o maior entrave nas atividades é a super-lotação de alunos nos serviços e pouco profissionais, além da estrutura física, com poucas salas e recursos, como brinquedos, material de escritório. (P09)*

Estas questões apresentadas pelos professores podem ser relacionadas ao indicador **Suporte para Inovação da Dimensão Governança**. Aqui precisamos compreender que apesar da fala dos gestores tenham demonstrado uma direção clara e explícita, ou centralidade, na coordenação das ações para integração ensino-serviço, outros fatores como a própria estrutura física, equipamentos e insumos dos serviços são limitantes do processo. Estes fatores não são considerados na tipologia de D'Amour (2008), porém afetam o processo de integração ensino-serviço.

Um professor chamou atenção para a construção de relações a partir de reuniões. Dai pode-se inferir que este ator valoriza a construção de acordos e o compartilhamento de objetivos em espaços coletivos.

*A relação é baseada em reuniões. (P04)*

Outro professor chama atenção para a importância dos registros de atendimento aos pacientes em prontuários, o que permitiria que diferentes

profissionais em tempos diferentes pudessem compartilhar o processo de cuidado. Esta fala tem muita importância tanto do ponto de vista da qualidade da atenção, pois o registro e a sistematização de informações sobre o paciente é uma ferramenta básica para garantir a continuidade, longitudinalidade e integralidade do cuidado (STARFIELD, 2002; ANDRADE, 2006; GIOVANELLA, 2008), bem como possibilitar a aprendizagem e a realização de pesquisas.

*Considero que o registro em prontuário é de suma importância para informar profissionais que não tem acesso tão próximo aos pacientes. Desta forma, acho que deveria ser rotina o registro em prontuário pelos profissionais de nível superior que assistem o paciente, bem como maior fidedignidade nos registros pelos demais profissionais. (P02)*

Na tipologia de D'Amour (2008) o registro de informações em prontuários poderia ser relacionado aos indicadores **Conectividade** da Dimensão **Governança e Troca de Informações** da Dimensão **Internalização**.

Três falas se concentraram no comentário dos professores sobre o comportamento dos profissionais de saúde. Algumas deixam escapar juízos de valor em relação a postura adotada por alguns destes profissionais, como a que se referem a diferença entre o discurso e a prática no serviço e a que destaca que alguns profissionais compreendem o estudante como mão de obra barata. Estas falas podem ser interpretadas como uma falta de **Confiança** que é um indicador da Dimensão **Internalização** na tipologia de D'Amour (2008).

*Que os profissionais coloquem em prática suas teorias. (P03)*

*Nem todos os profissionais acolhem bem os estagiários, muitas vezes ele é qualificado com "mão de obra" barata, porém essa visão tende a ser desvirtuada, cuja capacitação, autonomia e empatias sejam vinculados na diária desses profissionais que servem de espelho para os acadêmicos. (P06)*

Na fala anterior o professor também assinala que considera o profissional de saúde como modelo para os estudantes, que é fato discutido por muitos autores na literatura sobre educação para profissões da saúde (MAHAYOSNAND and Stigler 1999; Eby 2007).

Outra fala se referiu a necessidade de mecanismos de valorização dos profissionais que acompanham estudantes por meio de incentivos financeiros. Esta é uma questão muito sensível, pois é uma reivindicação muito frequente por parte dos profissionais de saúde, que pode ser considerada pertinente. Entretanto o estabelecimento de vínculos financeiros entre profissionais de saúde e IE de forma direta e individualizada, sem o conhecimento e a participação da gestão dos serviços de saúde, pode comprometer e mesmo desvirtuar o planejamento e a organização dos serviços, prejudicando todos os atores.

Neste sentido, o Sistema Saúde Escola é uma estratégia que propõe uma relação institucional sistêmica entre a rede de saúde e as instituições de ensino (BARRETO, 2006; BARRETO, 2007; SOARES, 2008), possibilitando a prevenção de relações individuais que levem a programação de atividades conforme interesses privados e não segundo as necessidades de saúde da população.

A questão do incentivo financeiro como valorização do profissional de saúde que orienta os estudantes está relacionada à Dimensão **Governança**, abrangendo tanto o indicador **Centralidade**, como o indicador **Suporte para Inovação**.

No caso da organização de um programa de valorização da docência em serviço, o ideal é que este seja estruturado em comum acordo entre as IES e a gestão da saúde, baseado em um diagnóstico e planejamento da formação de profissionais de saúde no contexto local e guardando coerência com os princípios do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Isto só é possível em espaços coletivos, como as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), e/ou conselhos ou fóruns constituídos no interior de Sistemas Saúde Escola.

*Que houvesse incentivos financeiros para os profissionais das UBS que recebem alunos sejam estes de instituições públicas ou privadas.(P04)*

Outro depoimento chama atenção para as amplas possibilidades de inserção e formação dos estudantes no contexto de um Sistema Municipal de Saúde, apontando outros cenários importantes além das unidades de saúde, como o território, onde a visita domiciliar representa uma oportunidade rica de aprendizado, os conselhos de saúde e as escolas. Da compreensão mais sistêmica deste professor, pode-se

depreender a importância atribuída às atividades de promoção da saúde e uma perspectiva transformadora do cenário de formação.

*Os alunos tem se inserido no sistema de saúde, mas não apenas nas unidades de saúde. Nesse sentido, conhecer os dispositivos é fazer também uma leitura crítica dos processos de trabalho no campo da assistência à saúde. As atividades práticas que realizo com os alunos se iniciaram em 2008 e passam pelas unidades, conhecendo o serviço, como o conselho de saúde e pelos serviços da saúde mental. As atividades passam desde a atividade de escuta numa visita domiciliar até articulação com as escolas para o trabalho com adolescentes e discussão de filmes. Acredito que o impacto dessas ações afeta no sentido de mudar e alterar as constâncias, desnaturalizando um campo que precisa ser reinventado e não retificado. (P03)*

Pode-se qualificar este professor, por meio de sua fala, como uma possível **Liderança Local**, presente na Dimensão **Governança** segundo a tipologia de D'Amour, demonstrada pela sua visão ampliada sobre a prática, quando este não limita como espaço de atuação o interior dos serviços, mas além deste considera todo território de abrangência deste serviço, estimulando o desenvolvimento de atividades na comunidade que permita aos estudantes atuarem como agentes ativos na tomada de decisão.

Também foi possível reconhecer nesta fala, a presença do indicador **Conhecimento Mútuo** da Dimensão **Internalização**, no que concerne a importância de o estudante conhecer valores de representantes da comunidade e dos profissionais no Conselho de Saúde, bem como, identificar níveis de competências, sistemas de referência, abordagem e escopo de prática dos profissionais, o que afeta a qualidade da sua atuação. Participando destas atividades, os estudantes podem desenvolver a sensação de pertença a um grupo.

Na literatura sobre a formação de profissionais de saúde no Brasil encontram-se muitas referências a importância de propiciar aos estudantes vários cenários de aprendizagem (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2002; CARVALHO, 2006). A visita domiciliar, por exemplo, possibilita ao estudante a aproximação com o contexto socioeconômico e cultural em que vivem as famílias, permitindo a compreensão mais ampla dos processos de adoecimento e a construção de projetos terapêuticos

singulares (CAMPOS, 1998; CUNHA, 2011). Por outro lado, esta ferramenta claramente qualifica o processo de atenção à saúde.

*Acredito que os serviços públicos ou privados constituem campo rico para a formação dos estudantes. A nossa Instituição cumpre todas as exigências sugeridas por instituições que fecham convênio com esta. No entanto, o gerenciamento das instituições na prática e no cotidiano dentro dos serviços necessita de acompanhamento e reavaliação sistemática para que não causemos transtornos aos serviços de saúde. Creio que alguns profissionais aproveitem alguns potenciais de estudantes para formar parcerias. No entanto, outros profissionais veem esse processo como um dificultador. Nesses casos, evitamos inclui-los nas escalas. Normalmente, selecionamos professores e/ou preceptores que já conheçam o sistema ou a UBS referida. (P07)*

A dimensão **Formalização** está presente na fala supracitada, quando o professor dá ciência das ferramentas de formalização como norteador das responsabilidades e pactos compartilhados na colaboração.

Esta fala, ainda permite perceber a importância dada pelo professor à convergência ou não dos interesses, tendo como foco a qualidade da atenção à saúde. Esta simetria de interesses vem relacionar-se ao indicador **Orientação centrada no cliente x outras orientações** da dimensão **Objetivos e visão compartilhada**.

Episódios de resistência a colaboração interprofissional ocorrem quando não há um bom nível de confiança entre os atores envolvidos, em contraponto o bom de confiança reduz essa incerteza. Em análise da fala percebe-se a existência de ambas as situações. Uma sendo referida como potencialidade e a outra como fator dificultador do processo de colaboração. Que segundo o referencial teórico utilizado, pode ser classificado no indicador **Confiança** da dimensão **Internalização**.

### **6.3 A percepção dos gerentes sobre a colaboração interprofissional**

Os dezesseis gerentes de Unidades de Saúde da Família que responderam os questionários auto-preenchidos recebiam, nas unidades de sua responsabilidade, estudantes para aulas práticas ou estágios no serviço.

Das dezesseis unidades investigadas no estudo, quatorze recebiam estudantes de mais de uma IES. Oito unidades recebiam estudantes da UVA, UFC e INTA. Seis unidades recebiam estudantes da UVA e INTA e duas, apenas do INTA. Esta distribuição parece guardar coerência com o número de alunos e a variedade de cursos ofertados por cada IES.

Quanto aos cursos de graduação dos estudantes foram mencionados pelos gerentes: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Serviço Social, Psicologia e Nutrição. Das dezesseis unidades investigadas, uma recebia estudantes de cinco cursos de graduação diferentes, oito recebiam de quatro cursos de graduação diferentes e as demais de três ou menos. Este resultado delinea a variedade e quantidade de estudantes que frequentam as unidades, bem como a variedade de atividades de aprendizagem desenvolvidas e/ou demandadas pelas IES às Unidades Básicas da Saúde (Quadro 03).

Estes grupos de estudantes, se bem orientados e acompanhados por professores e profissionais de saúde, têm potencial para desenvolver atividades variadas, de promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde, progredindo no seu processo formativo e contribuindo para mobilização da equipe de saúde e da comunidade, dinamizando as ações de saúde no território.

**Quadro 03 Instituições de Ensino Superior e Cursos de graduação que realizam atividades práticas nas unidades básicas participantes do estudo, Sobral, 2011.**

G01	UVA / INTA	MEDICINA/ ENFERMAGEM
G02	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM, MEDICINA, ODONTOLOGIA, FISIOTERAPIA
G03	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM/ MEDICINA/ FISIOTERAPIA/ NUTRIÇÃO
G04	UVA/ UFC/ INTA	MEDICINA/ ENFERMAGEM/ ODONTOLOGIA/ FISIOTERAPIA
G05	UVA/ INTA	ENFERMAGEM/ SERVIÇO SOCIAL
G06	UVA/ INTA	ENFERMAGEM/FISIOTERAPIA/ NUTRIÇÃO
G07	UVA/ UFC/ INTA	MEDICINA/ ENFERMAGEM/ FISIOTERAPIA/ SERVIÇO SOCIAL
G08	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM/ ODONTOLOGIA/ FISIOTERAPIA/ MEDICINA
G09	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM/MEDICINA/ SERVIÇO SOCIAL/ FISIOTERAPIA/



		ODONTOLOGIA/ PSICOLOGIA
G10	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM/ MEDICINA/ EDUCAÇÃO FÍSICA/ NUTRIÇÃO/ FISIOTERAPIA
G11	UVA/ UFC/ INTA	ENFERMAGEM/ NUTRIÇÃO/ SERVIÇO SOCIAL/ MEDICINA
G12	UVA/ INTA	ENFERMAGEM
G13	INTA	ENFERMAGEM
G14	UVA/ INTA	ENFERMAGEM, FARMÁCIA, SERVIÇO SOCIAL, FISIOTERAPIA
G15	UVA/ INTA	ENFERMAGEM/ FISIOTERAPIA/ PSICOLOGIA
G16	INTA	ENFERMAGEM

Treze dos dezesseis gerentes participantes negaram a ocorrência de reuniões com os profissionais das unidades de saúde para o planejamento das aulas práticas ou estágios. Este fato é um indício de fragilidade no processo de pactuação, o que pode prejudicar os indicadores **Centralidade, Troca de informações e conhecimento mútuo** do processo de colaboração para qualificação do serviço ofertado aos usuários e formação dos estudantes. Enquanto o indicador **Centralidade** faz parte da Dimensão **Governança**, os indicadores **Troca de Informações e Conhecimento Mútuo** integram a dimensão **Internalização**, da tipologia de D'Amour (2008).

Dos gerentes que afirmaram haver reuniões de planejamento entre professores e profissionais de saúde, dois afirmaram que estas reuniões ajudavam na construção de objetivos comuns de trabalho. Um deles enfatizou que estas reuniões propiciavam uma melhor comunicação entre equipe de saúde e IES.

*À medida que temos a oportunidade de planejarmos as atividades a serem desenvolvidas e propiciar um melhor feedback entre equipe e instituição. (G11)*

Quanto à frequência das reuniões um dos três gerentes mencionou que elas ocorriam no início dos estágios ou quando necessário, e dois, semanalmente. Um dos gerentes enfatizou que estas reuniões semanais eram realizadas exclusivamente pelas Faculdades INTA em função da presença do preceptor de território.

De acordo com informações colhidas com a Coordenação do curso de Enfermagem do INTA, a IES possui uma coordenação específica para estágios no Sistema Municipal de saúde, a qual estão vinculados os preceptores de território.

Segundo a Coordenação, a função destes preceptores é acompanhar os estudantes em atividades de campo nos serviços de saúde.

Segundo Pagani & Andrade (2006), no contexto do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, a preceptoria de território surge em agosto de 1999, com a criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral, denominada inicialmente preceptoria de serviço. Em 2000 passa a ser chamada de preceptoria de área e em 2001 preceptoria de território. A mudança no nome da preceptoria esteve relacionada ao processo de atuação e ao papel deste preceptor. No início estava muito voltada para a função de apoiador da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral (SDSS), depois mais próximo de apoiador das equipes de saúde. Em 2005, o preceptor de território trabalhava com as mudanças no campo das práticas de saúde, na organização do serviço, com a formação dos membros da equipe de saúde e dos residentes para atuarem na ESF. Sendo um educador em todos os espaços da sua atuação (PAGANI e ANDRADE, 2006).

Os autores complementam que os preceptores de território tem como **Eixos Estratégicos** (PAGANI e ANDRADE, 2006):

- **Educação Permanente:** a partir das necessidades do trabalho (serviço), resolvendo os problemas junto a equipe, problematizando e sistematizando estratégias de mudanças nas ações assistenciais e gerenciais;
- **Método da Roda** (CAMPOS, 2000): como facilitadores e articuladores da gestão participativa, das reuniões de roda (equipe) e da consolidação deste método;
- **Modelo da tenda invertida:** No modelo da Tenda Invertida, o lócus e o momento de formação do profissional passa a ser, a unidade de saúde e a comunidade onde a equipe do PSF atua. O “Mestre” ou preceptor é que se desloca para o local de trabalho do residente, onde esta o território e a população, e , com eles os problemas de saúde do cotidiano. As unidades de saúde, originalmente espaços de assistência, se transformam em local e fontes privilegiadas de construção de saberes no campo da atenção e gestão da saúde. O pensar e o fazer saúde, nesse contexto, implicariam uma nova lógica e organização do processo de trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS, o

aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação (ANDRADE, 2004).

- **Metodologia pedagógica: Problematizadora** – ação / reflexão /ação; **participativa** – profissionais sujeitos no seu processo de trabalho; **dialógica** – atuação conjunta dos educadores (preceptores) e residentes, buscando respostas para as situações complexas do cotidiano dos territórios de saúde da família (FREIRE, 1975);
- **Educação popular e Promoção da saúde.**

Os autores também se baseiam, embora não tenham listado como um dos eixos, na conceituação teórica sobre território feita por Milton Santos (2006) e outros autores. Discutem que ocorre um aprofundamento da discussão sobre território no SUS, em virtude, principalmente, das diretrizes do SUS, dentre elas a regionalização e a descentralização. Diversos autores vêm estudando, discutindo e conceituando o que é um território, tais como: Santos (1999/2002), Brandão (2006), Mendes (2003) e Donato e Silva (2003).

Pagani e Andrade (2006) tomam como referencial Milton Santos, que define espaço como sendo:

*“um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações em que podemos reconhecer suas categorias analíticas internas. Entre elas, estão a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo... E do mesmo modo podemos propor a questão da racionalidade do espaço como conceito histórico atual e fruto, ao mesmo tempo, da emergência das redes e do processo de globalização”. (SANTOS, 1999)*

Segundo Santos (2006), o nosso território produz e é auto produzido, pela natureza, pelas pessoas, pelas indústrias, tecnologias, através do tempo e da nossa história.

A função do Preceptor de Território foi sendo construída, criando um estilo, uma forma de atuar, mas tudo isto sendo construído principalmente através da vivência prática do próprio grupo de preceptores de território (PAGANI e ANDRADE, 2006).

Durante o desenvolvimento da segunda turma da Residência Multiprofissional de Saúde da Família de Sobral, a partir de 2001, a coordenação do programa

constituiu um grupo com os preceptores de território sob a tutoria de um Doutor em Educação, para aprofundar seu referencial teórico, sistematizar seus modos de atuação e identificar as competências necessárias para esta função – (PAGANI e SALES, 2004).

É muito interessante verificar que a Preceptoría de Território, função criada para o contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral, tenha sido adaptada, e esteja sendo útil também na integração entre IES e o Sistema Municipal de Saúde de Sobral.

Retomando a análise dos resultados dos questionários aplicados aos gerentes, três gerentes que relataram a ausência de espaços de pactuação entre os professores e os profissionais de saúde, informaram que o encaminhamento dos estudantes pelas IES era feito somente por ofícios e instrumentos de avaliação de estágio.

Esta forma de proceder evidencia um mecanismo de **Formalização** do processo, uma das dimensões da colaboração interprofissional. Entretanto, se a comunicação entre professores e profissionais ficar restrita a este mecanismo, reduzem-se as possibilidades de construção de objetivos comuns e visão compartilhada.

Sete dos dezesseis gerentes informaram que a existência de objetivos comuns entre professores, estudantes e profissionais de saúde da unidade quanto ao processo de cuidado com os pacientes era razoável, três informaram que era muito frequente e seis que os objetivos comuns eram poucos ou não existiam. Desta forma, interpretamos que a percepção dos gerentes sobre a existência de objetivos comuns de trabalho entre eles e os professores, no cuidado ao paciente, é de mediana a fraca, denotando a importância de investir mais neste processo (Quadro 04).

Dentre os onze gerentes que detalharam os objetivos compartilhados pelos professores das IES e os profissionais de saúde quanto ao cuidado com o paciente, três identificaram também o objetivo de aperfeiçoar a qualidade de aprendizagem dos estudantes, demonstrando uma visão mais ampliada e reciprocidade no processo de colaboração. A maioria relacionou objetivos assistenciais, seja enumerando ações de saúde segundo referencial de Leavell & Clark (.1997.) seja enfatizando a promoção e

a prevenção da saúde, a melhoria da qualidade da atenção básica e da estratégia saúde da família e o cuidado integral aos pacientes (ROUQUAYROL, 1992). Um dos gerentes relatou o planejamento e a organização dos serviços e integração com a equipe multiprofissional.

Essas referências podem estar relacionadas a participação destes profissionais em processos de educação permanente em saúde na Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral. A História Natural da Doença, de Leavell & Clark (1997), temas de planejamento e organização dos serviços encontram-se nos conteúdos teóricos da Residência em Saúde da Família.

Na visão de um grupo de gerentes não existem **Objetivos Comuns** entre professores, estudantes e profissionais de saúde quanto aos cuidados com o paciente. Estes gerentes justificaram que a dedicação aos pacientes, dependia do interesse particular de cada aluno em aprender e praticar; e que não havia uma articulação entre professores, estudantes e profissionais de saúde neste sentido, pois as universidades não demonstram interesse para as necessidades dos usuários, concentrando seu olhar no estudante.

**Quadro 04 Objetivos comuns entre professores e profissionais de saúde quanto ao cuidado com o paciente.**

G02	ESCUITA QUALIFICADA E TENTAR SOLUCIONAR SEU PROBLEMA
G03	APRENDIZAGEM DOS ALUNOS
G04	CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE/ TRABALHO EM EQUIPE/ RESPONSABILIZAÇÃO PARA COM OS PACIENTES
G06	TODOS QUE COMPREENDEM A ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA
G08	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
G10	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
G11	DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO
G12	ELABORAÇÃO DE PLANO DE CUIDADOS; MANTER VIGILÂNCIA DOS SEGMENTOS E PROPOSTAS; E DESENVOLVER EFETIVA ASSISTÊNCIA, BEM COMO TER APRENDIZADO SATISFATÓRIO
G13	CUIDADO INTEGRAL
G15	APRENDIZAGEM AJUDA NO ATENDIMENTO AS DEMANDAS E MELHORIA NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
G16	DE ACORDO COM O OBJETIVO E NECESSIDADE DO PACIENTE

Quanto à pergunta sobre se existiam objetivos comuns entre professores, estudantes e os profissionais de saúde da unidade quanto à organização do serviço, a tendência das respostas foi semelhante à pergunta anterior, ou seja, houve diferentes leituras entre gerentes. Metade dos gerentes identificou a existência de **Objetivos Comuns** quanto à organização dos serviços, enquanto a outra metade não percebia a existência destes objetivos.

Os gerentes conseguiram relacionar um número maior de objetivos comuns quanto o cuidado ao paciente que quanto à organização da Unidade Básica, o que pode ser reflexo de um foco maior dos cursos de graduação na atenção individual à saúde. Um dos gerentes chegou a citar textualmente que,

*A organização do serviço não faz parte dos objetivos dos alunos e professores em campo de estágio. (G08)*

Os gerentes que identificaram **Objetivos Comuns** com relação à organização dos serviços citaram a participação de estudantes e professores por meio de ideias e materiais atualizados que ajudam na organização dos serviços, participação no planejamento e organização dos serviços internos. Outras contribuições citada foi a adequação dos alunos ao funcionamento da unidade, respeitando os processos organizativos, bem como a promoção da compreensão do fluxo de atendimento e de atividades como agendamento e acolhimento.

A existência ou não de Objetivos Comuns entre professores e profissionais de saúde não guardou relação com a IES de vinculação dos docentes e estudantes, segundo o *corpus* de dados. De qualquer forma, esta relação ficou difícil de inferir a partir do questionário, dado que a maioria das unidades recebia estudantes de duas ou mais IES (Quadro 05).

**Quadro 05: Objetivos comuns quanto a organização do serviço entre professores, estudantes e profissionais de saúde na opinião de gerentes de Centros de Saúde da Família de Sobral que recebem estudantes de graduação em saúde**

G01	ALGUNS PARTICIPAM COM IDEIAS, MATERIAIS ATUALIZADOS, QUE AJUDAM NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO
G02	DEVIDO O VINCULO SER POUCO, AS VEZES DÁ DICAS DE COMO MELHORAR, MAS INTERVIR NÃO ACONTECE
G04	REALIZAÇÃO DE GRUPOS/ CURSOS
G10	OS ALUNOS SE ADEQUARAM AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE RESPEITANDO OS PROCESSOS ORGANIZATIVOS
G12	PROMOVER A COMPREENSÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO NA UBS ATRAVÉS DE DIVISÃO DE ATIVIDADE, AGENDAMENTOS, TRIAGEM, ACOLHIMENTO E OUTROS.
G13	PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS INTERNOS. INTERAÇÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
G16	DE ACORDO COM O QUE VAI SURGINDO SÃO Traçados PLANOS

Quando questionados sobre a existência de objetivos comuns com os professores quanto à formação dos estudantes, quatorze dos dezesseis gerentes, ou seja, a grande maioria afirmou que compartilhava entre razoavelmente e muito, com a preocupação dos professores quanto à formação dos estudantes.

Nas falas apresentadas favoráveis aos Objetivos Comuns, há um destaque para aspectos como o desenvolvimento do compromisso com a clientela, a formação de melhores profissionais, aptos e competentes. Estes gerentes afirmaram que buscam contribuir ao máximo com a formação dos estudantes. Destacamos aqui uma das falas:

*Preparar os alunos para estarem aptos a entrarem no mercado de trabalho e desenvolverem suas ações de forma humana , respeitando os princípios do SUS (G 09)*

Os dois gerentes que reconheceram não possuir Objetivos Comuns com os professores, justificaram não terem sido contactados diretamente pelas IES. Este achado enfatiza a importância da interlocução direta e a construção de vínculos entre

os atores do processo de colaboração, relacionados ao Indicador **Conectividade** da Dimensão **Governança**.

A questão seguinte aborda o indicador **Conhecimento Mútuo**, da Dimensão **Internalização**. Quando questionados se conheciam a formação profissional dos professores que acompanham as atividades práticas de estudantes nos CSF, onze de dezesseis afirmaram saber. As profissões mais citadas para os docentes foram Enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos. Nenhum gerente citou o professor-médico, embora segundo dados colhidos com o coordenador do curso de Medicina da UFC, vários docentes médicos realizam atividades práticas nos CSF. Este pode ser sinal de uma possível fragilidade no processo de colaboração envolvendo especificamente o curso de Medicina.

Apenas quatro gerentes responderam não conhecer a categoria profissional dos docentes que acompanham os estudantes, sendo que dois deles informaram não haver acompanhamento por parte dos professores. Na mesma tendência, dois deles disseram não haver apresentação presencial dos docentes, sendo que esta aconteceu apenas por meio de ofício da IES. Apesar desta situação ocorrer na minoria dos CSF, fica clara uma certa fragilidade no indicador **Conectividade** da dimensão **Governança**, dada a importância da construção de vínculos entre os atores.

Ainda tratando da dimensão **Governança**, agora no indicador **Suporte para Inovação**, os gerentes foram consultados sobre o nível de estímulo e apoio fornecido por parte do gestor para atividades de colaboração interinstitucional.

As respostas apresentam certo equilíbrio entre o nível de estímulo, onde sete gerentes informaram haver pouco ou nenhum, porquanto oito optaram por responder razoavelmente (03), elevado(04) e muito elevado (01).

Três dos gerentes entrevistados citaram textualmente que o gestor trabalha na perspectiva de que todo CSF se constitui numa unidades escola. Outro aspecto trazido por um dos gerente diz respeito a criação de uma Coordenação para organização dos estágios de acordo com a capacidade de cada unidade, que se constitui numa forma de estímulo, muito possivelmente por considerar que tal atitude demonstra respeito pela condição operacional das unidades. Vale salientar que este mesmo estudo contempla informações a respeito da criação desta Coordenação, que em Sobral encontra-se



vinculada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Um dos gerentes relata, inclusive, ter conhecimento desta relação e destaca isso como importante suporte para o processo.

Por fim, a existência de estímulos verbais e o fornecimento de equipamentos e materiais necessários para receber bem os alunos aparecem como pontos trazidos por alguns dos entrevistados, como pode ser visto na fala abaixo:

*O secretário municipal de saúde mantém sempre um bom contato com as instituições, estimulando os profissionais a acolhe-los da melhor maneira possível. Há disponibilização de equipamentos de saúde para formação profissional. (G 11)*

Quando o mesmo questionamento foi direcionado à Coordenação de Atenção Básica, permanece rigorosamente o mesmo equilíbrio nas respostas, onde sete gerentes relataram não ter nenhum tipo de apoio e oito deles responderam entre razoavelmente (02) e muito elevado (06).

Ao serem solicitados para citar o tipo de estímulo dado pela Coordenação, foi citada a presença de preocupação com o acolhimento dos estudantes, além de estímulos verbais. Um dos entrevistados chegou a declarar que considera o estímulo dado pela Coordenação semelhante ao promovido pelo Gestor. Na resposta de um dos gerentes, destaque para uma condição que pode ser categorizada no indicador **Liderança**, bem como elementos do indicador **Conectividade**, da mesma dimensão aqui tratada, a **Governança**, onde, segundo a fala da própria gerente, a Coordenação em seu entendimento surge como elemento de integração e mediação de possíveis situações conflitivas:

*Reuniões de acolhimento dos estudantes (esporadicamente), apoio em casos de necessidade por algum problema com os mesmos, estímulos aos profissionais de saúde para um bom acompanhamento. (G 11)*

Apesar ~~da~~ metade dos gerentes responderem positivamente quanto ao nível de estímulo do Gestor e da Coordenação da Atenção Básica, bem como os relatos que detalham o tipo de apoio dado, chamamos atenção para a outra metade que respondeu não receber qualquer tipo de estímulo. Da mesma forma que os estímulos podem

significar o *start* para mudanças nas práticas e no amadurecimento do processo de colaboração, é provável que sua ausência possa significar um processo de desmotivação e desinteresse.

Em novo item do questionário, os gerentes responderam quanto a necessidade ou não de modificação da rotina do serviço para receberem os estudantes para atividades práticas.

Na ótica da tipologia utilizada neste estudo, o indicador **Objetivos**, da dimensão **Objetivos e visão compartilhados** é o que se enquadra neste questionamento, já que envolve uma transformação ou não de práticas. Nesta consulta, apenas dois gerentes informaram haver a necessidade de mudanças na rotina. Paradoxalmente, compreende-se que especificamente neste caso, é possível que ações que impliquem modificação no fluxo do serviço possam ser sinônimo de dificuldades e surgimento de conflitos, quer seja junto aos cidadãos usuários do sistema, quer seja junto aos servidores do CSF.

Aos gerentes que responderam que tiveram que alterar sua rotina no CSF, foi perguntado se esta modificação afetou os usuários. Um deles deu destaque para a estrutura física deficiente do CSF, resultando na falta de privacidade ao paciente, porquanto, o outro gerente informa não ter havido qualquer prejuízo para o cidadão.

Na dimensão **Governança**, o indicador **Suporte para inovação** destaca que a colaboração envolve necessariamente mudanças nas práticas clínicas e na partilha das responsabilidades entre profissionais e que necessitam de um processo de aprendizagem complementar e de uma expertise interna ou externa para dar suporte a esta aprendizagem.

Quando perguntados em que medida as práticas de ensino com os estudantes na unidade contribuíram para melhoria do processo de atenção à saúde, apenas 14 gerentes responderam, destes, nove deles afirmaram haver muita contribuição, um contribuição razoável, e, quatro pouca contribuição. Vale destacar que nenhum dos entrevistados disse não haver contribuição, ou seja, em todos os CSF que receberam estudantes, os gerentes identificaram que houve contribuição para o serviço.

Ao serem questionados sobre que tipo de contribuição foi dada, os gerentes enfatizaram a contribuição dos estudantes nas atividades de educação em saúde, citada por mais da metade deste grupo, onde se destaca o caráter inovador trazido do âmbito acadêmico para ações já rotineiras, conforme destaca uma das gerentes:

*Sugestão e alternativas com novas vivências trazidas da academia; inserção nos grupos de convivência (G 07)*

A dinamização das atividades, maior comprometimento, disposição e interação da equipe são pontos destacados nas falas, bem como o auxílio durante as práticas e a consequente diminuição do tempo de espera e melhor resolutividade. Chama atenção a resposta de uma das gerentes, quando fala que com a presença dos estudantes, houve uma melhor identificação da percepção dos usuários em relação aos serviços.

Se por um lado, a prática de ensino com os estudantes das IES nos CSF contribuíram significativamente para melhoria da atenção à saúde dos usuários, o mesmo não foi registrado pelos gerentes quando questionados sobre a organização do serviço.

Um total de 11 gerentes responderam que as práticas de ensino pouco (06) ou nada (05) contribuíram para a melhoria da organização do serviço, contrapondo outras cinco respostas entre razoavelmente (03) e muito (02).

No universo de gerentes que afirmou ter havido algum tipo de colaboração na organização dos serviços, foram citados momentos como a participação nas rodas da unidade, sugestão pontuais na rotina diária, coleta de sugestões junto aos usuários atinentes à organização dos serviços e na contribuição na organização dos consolidados da unidade.

Ao se analisar os dois questionamentos anteriores, fica evidenciado que as atividades desenvolvidas pelos estudantes nos CSF possuem um foco predominantemente voltado para o processo de atenção à saúde dos usuários.

Tendo como referência a percepção da maioria dos gerentes entrevistados, o nível de envolvimento dos estudantes em atividades de administrativas e de funcionamento da unidade é um sinal de alerta para o processo de colaboração. Ao

envolver-se neste tipo de atividades, conforme as próprias respostas do grupo de gerentes que identificaram esta contribuição, sendo visível a melhoria do funcionamento da unidade, bem como a integração e a sensação de pertença ao grupo. Conforme o indicador **Confiança**, da dimensão **Internalização**, este processo da familiarização permite trocas de experiências, de conhecimentos e de sentimentos, condições fundamentais também para os bons resultados sob o ponto de vista do bom aproveitamento pedagógico.

Ao serem perguntados se conheciam algum documento que formalizasse a presença de estudantes no CSF, dez dos dezesseis gerentes informaram saber da existência desta formalização. Todavia, apenas três entrevistados declararam que esta tratativa foi consensuada entre a gerencia da unidade, os profissionais e os professores, apontando que a elaboração do instrumento necessita de atenção quanto a construção coletiva deste tipo de instrumento.

Neste item, a dimensão **Formalização**, através do indicador **Ferramentas de formalização**, evidencia que o conhecimento destas ferramentas engloba a maioria dos entrevistados, demonstrando clareza do que se pode esperar do projeto comum com as IES.

Quando questionados a respeito do grau de comunicação com os professores quanto ao acompanhamento conjunto dos pacientes.

Duas dimensões podem ser categorizadas neste pergunta aos gerentes, inicialmente **Objetivos e visão compartilhados**, pelo indicador **Objetivos**, ao tratar do reagrupamento dos profissionais e professores em torno da promoção dos cuidados paciente-centrado. Ainda nesta dimensão, o indicador **Orientação centrada no cliente x outras orientações** emerge ao tratar da convergência de interesses, fundamental na prevenção de comportamentos oportunistas e uma perda concomitante de foco na colaboração centrada no usuário.

Na dimensão **Governança**, destaca-se o indicador **Conectividade**, haja vista o questionamento sobre o processo comunicacional e a construção de espaços para a discussão, construção de vínculos, percepções e ajustes de práticas entre os profissionais e professores.

Observou-se que 12 dos gerentes entrevistados, a grande maioria, respondeu não existir (07) ou existir pouco (05) comunicação com os professores a respeito dos pacientes.

Quando perguntados que atividades ou instrumentos permitem esta interação, foram citadas atividades de grupo, comunicação direta, em visitas domiciliares, através do prontuário do paciente e por relatórios de estágio e até mesmo de roteiros construídos coletivamente entre os gerentes e professores.

Os gerentes que afirmaram não ocorrer a comunicação, relatam a falta de tempo por parte dos professores para momentos com a gerência e interesse das IES para este modalidade de acompanhamento. Também foi dito por um dos gerentes que não ocorrem discussões promovidas pelos professores para trabalhar uma visão comum para o acompanhamento dos cuidados em saúde dos pacientes.

No item que são perguntados sobre a participação dos professores em alguma atividade de educação permanente organizada pela equipe do CSF, a maioria absoluta dos gerentes respondeu não ocorrer. Apenas um dos gerentes relatou a presença do docente neste tipo de atividade.

O presente item evidencia outra fragilidade no processo de colaboração quando relacionamos a dimensão **Internalização**, pelo indicador **Conhecimento mútuo**, como também da **Conectividade** indicador da dimensão **Governança**.

Dos dezesseis gerentes entrevistados, apenas dois deles relataram possuir algum tipo de convivência com os professores fora do ambiente de trabalho. No indicador **Conectividade** da dimensão **Governança**, **D'Amour et al (2008)** chamam a atenção de que a existência de vínculos pessoais e profissionais entrecolaboradores facilitaria o ajuste rápido e contínuo em resposta aos problemas.

Na conclusão da aplicação deste instrumento aos gerentes, foi perguntado o que eles pensavam sobre as aulas práticas e os estágios de estudantes nas unidades que eles trabalham. Apenas um dos dezesseis gerentes não emitiu opinião sobre a experiência, com uma tendência clara para o reconhecimento desta atividade como uma aprendizagem mútua com a troca de conhecimentos.

Um relato espontâneo de um dos gerentes contempla como os estudantes ajudam nas atividades e participam da organização da unidade, refletindo na melhoria da qualidade do atendimento. Destaca-se a fala que aborda a ocorrência de benefícios à comunidade, bem como a boa interação entre profissionais, estudantes e academia. Percebe-se que para determinados gerentes, há um considerado nível de satisfação em receber estudantes para atividades práticas, com no caso abaixo:

*É um momento de aprendizagem tanto para o aluno como para o profissional, pois eles trazem conhecimentos muitas vezes competências a serem desenvolvidas nas aulas práticas nas unidades e levam a vivência dos CSF com base nos conhecimentos já adquiridos na faculdade. (G01)*

Em sua fala, outro gerente demonstra, através de leitura precisa, um dos mais importantes benefícios trazidos nesta experiência, que é o contanto direto com o contexto social do paciente por parte do estudante:

*Acho muito importante para o aprendizado do aluno, tanto no que diz respeito à técnica como ao amadurecimento enquanto pessoa, pois o aluno passa a conhecer o paciente como um todo no seu contexto familiar, socioeconômico, etc (G 10)*

É possível assim, relacionar as falas apresentadas ao indicador **Suporte de Inovação** da dimensão **Governança**, que segundo a Tipologia de D'Amour, a colaboração necessita de um processo de aprendizagem complementar e de uma expertise interna ou externa para dar suporte à aprendizagem.

Todavia, algumas falas trouxeram uma visão crítica deste processo de colaboração, contemplando para a melhoria da atenção à saúde. A queixa sobre a condição de infra-estrutura esteve presente em apenas uma das falas.

*...é bom repassar conhecimentos, mas o espaço físico deixa a desejar.(G05)*

Esta fala demonstra a necessidade de haver momentos de diálogo sobre a quantidade e postura dos estudantes nas atividades, que a luz do marco teórico utilizado, relaciona-se ao indicador **Centralidade** da dimensão **Governança**, no sentido de que esse diálogo ocupa um papel estratégico e político com vistas a promoção de processos e estruturas que facilitem a colaboração.

Dois gerentes alertaram para a necessidade de um melhor acompanhamento dos estudantes por parte dos professores no campo de estágio, conforme relatos abaixo:

*Sei da importância do aluno em estar vivenciando os estágios dentro do CSF, porém a grande maioria dos alunos são deixados dentro dos CSF aos cuidados do enfermeiro do serviço, sem nenhuma participação do professor da universidade, alguns, a grande maioria, chega sem nenhum roteiro a seguir... (G 07)*

*... Não existe planejamento conjunto e a responsabilidade muitas vezes é do enfermeiro que está acompanhando os estudantes. Falo da enfermagem, pois esta realidade já existe há muito tempo. E os profissionais que ficam responsáveis pelos alunos, gostaria muito de serem remunerado. (G14)*

Por fim, um dos relatos aponta para a deficiência técnica de alguns professores que fazem acompanhamento dos estudantes no campo de estágio, de acordo com trecho a seguir:

*Acho que precisa de melhorar, tanto por parte da instituição como por parte da secretaria. Muito desses professores não tem nem uma visão e conhecimento de como funciona um CSF. (como posso acompanhar e orientar um aluno se não entendo e não tenho conhecimento sobre sala de vacina, pré-natal, puericultura...) (G16)*

As falas apresentadas permitem visualizar a ausência de iniciativas que possibilitem transformações reais nas práticas de ensino-serviço. Com base no indicador **Suporte de Inovação** da dimensão **Governança**, compreende-se que acolaboração envolve necessariamente mudanças nas práticas clínicas e na partilha das responsabilidades interprofissionais e interinstitucionais.

Uma possível fragilidade na compreensão dos professores que acompanham atividades práticas, no que diz respeito ao processo de trabalho, merece também ser investigada. Estas características estão presentes no indicador **Conhecimento Mútuo** da dimensão **Internalização**.

## 6.4 Análise Documental

Esta fase do estudo consistiu em levantamento dos principais instrumentos e ferramentas que formalizam e regulam o processo de colaboração interprofissional e interinstitucional, que viabiliza a formação com base no ensino-serviço em saúde.

Após um trabalho investigativo foram utilizados nesta análise, as seguintes modalidades de documentos para formalização: convênios, portarias, relatório e planilhas.

### Convênios

Qualquer convênio que venha a ser firmado pela gestão municipal de Sobral tem como fundamentação a sua lei orgânica no Art. 8. inciso V, que discorre sobre a competência comum do município em proporcionar meios de acesso a cultura, a educação e a ciência.

Ao analisarmos na perspectiva da **Tipologia da Colaboração Interprofissional proposta por D'Amour (2008)**, todas as modalidades identificadas estão, pela sua natureza, relacionadas à Dimensão **Formalização** que é um meio importante de esclarecer aos vários parceiros as responsabilidades e pactuar como estas serão compartilhadas.

A partir do momento em que se decide em estabelecer este tipo de parceria, encontra-se naturalmente inserido o componente da confiabilidade na execução das responsabilidades comprometidas e assumidas, condição presente na Dimensão **Internalização** do referencial utilizado.

Foram identificados convênios firmados entre a Prefeitura Municipal de Sobral e as IES, tratando de objetivos, responsabilidades, prazos, dentre outros compromissos assumidos. Estas ações são atinentes as atividades que envolvem a rede pública municipal de saúde como campo de estágio e vivências dos graduandos.

Foi possível identificar textualmente nestes convênios, a relação com outras dimensões além da **Formalização**, citada anteriormente. Para exemplificar apresentamos trechos de um convênio em que permitiu-se, como no caso abaixo,



visualizar a Dimensão **Internalização**, nos Indicadores: **Conhecimento Mútuo e Troca de Informações**.

*Os projetos de cooperação serão desenvolvidos com base no interesse e benefícios mútuos, igualdade e reciprocidade, através de : a) intercâmbio de recursos humanos, sem prejuízo de suas atividades funcionais ; b) intercâmbio de informações científicas e tecnológicas ; c) organização de seminários, simpósios e conferências ; e d) outras formas de cooperação científica, tecnológica e administrativa, a serem acordadas pelos convenientes. (C03)*

Em outro convênio, novos trechos possibilitaram relacionar aos Indicadores: **Orientação centrada no cliente x outras orientações** da Dimensão **Objetivos comuns e visão compartilhada** e **Centralidade** da Dimensão **Governança**.

*...cooperação técnico científico de formação de recursos humanos e de prestação de serviços de saúde, visando contribuir para consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS para a consecução da universalidade do acesso, da equidade da integralidade das ações de saúde, buscando otimizar os serviços prestados pelos convenientes.(C02)*

*Desenvolver um plano que favoreça as convenientes, a alcançarem, de modo articulado, os objetivos a que se propõe na área da saúde, procedendo para este fim à adequação dos recursos humanos, de área física sob suas responsabilidades e de outros instrumentos ou recursos de que disponham e que possam ser direcionados para que se favoreça a maior resolutividade e qualidade da assistência prestada. .(C02)*

O indicador **Suporte de Inovação** da Dimensão **Governança**; e o indicador **Troca de Informações** da Dimensão **Internalização** foram percebidos no trecho abaixo de um convênio analisado, quando aborda estratégias e infra-estrutura de informações que permitam o diagnóstico da necessidade de mudanças para melhoria da atenção à saúde.

*Promover a realização de estudos clínicos-epidemiológicos identificados como necessários à melhora da assistência à saúde e consolidação do SUS, visando a avaliação crítica e o re-direcionamento de protocolos e intervenções, e alimentar processos de decisão e formação de redes de cooperação técnica horizontal. (C02)*

*Sempre que pelo município, a Instituição de ensino apresentará relatório de atividades desenvolvidas pelos estagiários com forma de avaliação e acompanhamento dos objetivos do estágio (C03)*

## **Portaria**

A Portaria SSASS nº001/2010/GAB-SEC de 05 de abril de 2010, dispõe sobre a criação da Comissão de Integração Ensino Serviço do Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral. Esta apresenta consonância com a Constituição Federal, item III do artigo 2000; com as Portarias : 399/06, 699/06 GM/MS, 1.996/07 GM/MS; com a Portaria nº 995, de 9 de julho de 2008, do Secretário de Saúde do Estado do Ceará ; com a Resolução nº30, de 12 de maio de 2008 do Conselho Estadual de Saúde - CESAUC-CE e com a Resolução nº001/2008 de 15 de fevereiro de 2008 das SSASS (CEARÁ, SESA, 2008). Tais documentos abordam a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde.

Apresenta-se, abaixo, os artigos constituintes da citada Portaria :

Art.1º- Cria, no âmbito do Sistema Saúde de Sobral, a Comissão de Integração Ensino Serviço;

Art.2º- A Comissão terá as seguintes atribuições:

- I- Assessorar o titular da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral na formulação de políticas de educação na saúde no âmbito do Sistema Saúde Escola de Sobral;
- II- Emitir parecer sobre a solicitação de vivências de educação no Sistema Saúde Escola de Sobral;
- III- Acompanhar, regular e avaliar, juntamente com as Instituições de Ensino conveniadas com a SSASS, as vivências de educação na saúde no âmbito do Sistema. Saúde Escola de Sobral;

Art. 3º - A comissão será constituída por membros representantes de Instituições de Ensino na Saúde, indicados pelos gestores, sendo;

- IV- Representantes das Coordenações dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde do campus na Universidade Federal do Ceará (UFC) Sobral;
- V- Representantes das Coordenações dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA)

- VI- Representantes das Coordenações de Residências Profissionais ou Multiprofissionais coma atuação no Sistema
- VII- Representação das coordenações de programas e/ou projetos na área da educação na saúde que estejam em vigência no âmbito do Sistema Saúde escola de sobral;
- VIII- Representantes das coordenações dos cursos tecnológicos profissionais na área da saúde que atuem no âmbito do Sistema Saúde Escola de Sobral;

As considerações a partir da Constituição Federal, das Portarias e das Resoluções supracitadas, permitiram identificar a presença dos seguintes indicadores da Tipologia de D'Amour : **Objetivos comuns** da dimensão **Objetivos Comuns e Visão Compartilhada** , **Troca de informações e Conhecimento Mútuo** da dimensão **Internalização**, além do indicador **Ferramentas de formalização** da dimensão **Formalização**.

Em análise aos artigos que tratam das atribuições e dos integrantes-membros da Comissão de Integração Ensino Serviço, foi possível visualizar a sinalização para o exercício da Colaboração Interprofissional e Interinstitucional, além de permitir uma relação com as Dimensões propostas dor D'Amour.

### **Relatório Anual de Gestão da Saúde**

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, regulamentado pela Lei No 8.142/90, no item IV do art. 4o, sendo objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e de instruções e acórdão dos órgãos de controle (SOBRAL, 2011).

Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema. Torna-se, então, uma das principais ferramentas de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União (SOBRAL, 2011) - Nota Técnica RAG - DAI/SGEP/MS no 01 – Agosto/2011 - Considerando o contexto acima descrito, pode-se relacionar ao indicador **Troca de**

**Informação**, da dimensão **Internalização**, bem como o indicador **Suporte para Inovação**, inserido na dimensão **Governança**.

Numa análise geral, percebe-se que os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se em privilegiados insumos ao contemplar aspectos quanti-qualitativos sob o ponto de vista geral do processo geral de desenvolvimento do plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas. (SANTA CATARINA, 2008)

Sua elaboração opta por ter conformidade com os instrumentos de programação do sistema, indicando, inclusive, eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde, característica que o coloca também na condição de instrumento das ações controle e avaliação e de auditoria. Nestes, o relatório pode ser considerado como um meio de relacionar os atores envolvidos, permitindo sinalizar possíveis problemáticas e ajustes que serão propostos tendo como cenários os mais diversos espaços de discussão na estrutura organizacional. Identifica-se aqui a característica do indicador **Conectividade** da dimensão **Governança**.

No município de Sobral, o RAG foi elaborado pelo Colegiado Gestor da Secretaria da Saúde e Ação Social (SSAS), responsável pelo planejamento, implantação e avaliação das ações realizadas nos serviços municipais de saúde e, apresentado, discutido e aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Ao elaborar coletivamente seu RAG, o município desenvolve o exercício da colaboração interprofissional, condição que possibilita a criação de um instrumento a partir do desenvolvimento de uma visão compartilhada.

Sendo, portanto, um instrumento que apresentou os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, que teve como referência o Plano de Saúde (BRASIL, 2006b) e atendendo aos trâmites legais, o RAG 2011 de Sobral foi organizado de acordo com as orientações contidas na Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008. Na condição de documento que apresenta os resultados alcançados com a Programação, a qual operacionaliza o Plano e orienta eventuais redirecionamentos, o RAG também é um instrumento indissociável do Plano e de suas respectivas Programações” (BRASIL, 2008).

Para direcionar sua construção e facilitar o processo descritivo das ações, o Ministério da Saúde recomenda (PORTARIA Nº 3.176, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008) que o RAG deve ser composto por três grandes eixos: Redes Assistenciais de Saúde, Saúde da População e Gestão em Saúde, onde cada um deles desencadeia a descrição de Objetivos, diretrizes norteadoras e, posteriormente, metas específicas.

Em seu eixo Gestão em Saúde, o RAG de Sobral de 2011, um dos Objetivos destaca que ações relativas ao processo de formação e práticas pedagógicas tendo como cenário o próprio os equipamentos do Sistema Municipal de de Saúde. Num resgate textual, observou-se que o Relatório destaca como Objetivo:

Efetivar o Sistema de Saúde Escola de Sobral visando transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS. (Sobral, 2011)

Foram identificadas ainda no citado eixo, diretrizes que configuram a preocupação do município com desenvolvimento da dimensão pedagógica do ensino-serviço, como a proposta de ampliação do escopo de atuação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e o estabelecimento de parcerias com cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.

No contexto da pesquisa, o RAG 2011 do município de Sobral, conforme as edições anteriores, constitui-se como um dos principais documentos utilizados por este estudo, dada sua envergadura de informações e fidedignidade a respeito do Sistema Municipal de Saúde de Sobral. Foram utilizadas informações fundamentais para descrição do Sistema Municipal de Saúde-Escola, bem como para um conhecimento mais aprofundado da realidade e do contexto vivenciado pela gestão da saúde no município.

## **Planilha de Solicitação de Demanda de Estágio e Visita Técnica**

Até o ano de 2011, todas as demandas por estágios e visitas técnicas no sistema de saúde de Sobral eram encaminhadas diretamente para a Secretaria Municipal da Saúde, através da coordenação de atenção à saúde, responsável pela autorização e distribuição dos estudantes nos cenários de prática.

A partir de abril de 2011, iniciou-se um processo de regulação das práticas de ensino no município, no qual a EFSFVS passou a responder pela coordenação da Educação Permanente dos profissionais do Sistema de Saúde, bem como pelo acompanhamento de profissionais ou estudantes que procuram o Sistema de Saúde para realização de estágios e vivências extensionistas.

Segundo dados colhidos junto à Coordenação do Grupo de Trabalho para Integração Ensino-Serviço da EFSFVS, a considerar pela grande demanda por campos de prática para ensino no âmbito do SSE de Sobral pelas IES e mesmo com a existência de convênios firmados, houve a necessidade de se pensar na adoção de instrumento que facilitasse essa distribuição adequada, como a instuição de uma planilha que contemplasse essa demanda, enquanto ferramenta de regulação.

Foi criada uma ficha denominada Planilha para Solicitação de Demanda de Estágio e Visita Técnica, posteriormente aprimorada com a colaboração de gerentes dos CSF, que nortearam o processo de avaliação da capacidade instalada em cada unidade. (SOBRAL, .2011).

O objetivo principal desta planilha é avaliar a compatibilização entre a necessidade de vagas de estágio da IES com a capacidade do sistema de saúde, no caso de Sobral, passou a ser utilizado rotineiramente a partir do semestre 2011.2.

Sendo assim, reconhecida no estudo como um elemento que caracteriza o indicador **Centralidade** da dimensão **Governança**, por promover a execução de processos e análises de estruturas com vistas ao processo de colaboração (D'AMOUR, 2008).

## 6.5 Triangulação dos Dados

Com o objetivo de dar mais validade e confiabilidade as múltiplas percepções em diferentes fontes de dados a respeito do objeto deste estudo, colaboração interprofissional no Sistema Saúde Escola de Sobral, optou-se por utilizar o método da triangulação de dados.

A triangulação de dados refere-se à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno, ou seja, é tipicamente uma estratégia para melhorar a validade e a confiabilidade da pesquisa (HEALY AND PERRY, 2000).

Na construção do quadro de triangulação desta pesquisa foi utilizada a análise dos dados coletados de fontes primárias (entrevistas e questionários) e secundárias (dados documentais) que na fase de análise haviam sido relacionados as dimensões da Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'Amour (2008). Na etapa de triangulação, tentou-se analisar a intensidade positiva ou negativa com que cada dimensão apareceu segundo atores participantes da pesquisa, procurando identificar convergências e divergências nos seus discursos (Quadro 06).

**Quadro 06- Triangulação dos dados segundo a Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'Amour (2008)**

	Objetivos e visão compartilhada		Governança		Formalização		Internalização	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Gestores	(+++)	(0)	(+++)	(0)	(+++)	(0)	(++)	(-)
Professores	(++)	(-)	(+++)	(--)	(+++)	(0)	(+++)	(-)
Gerentes	(++)	(--)	(+++)	(--)	(+++)	(0)	(++)	(-)

### Legendas de intensidade:

- (+++) - positiva, contemplando todos os indicadores.
- (++) - positiva, contemplando parcialmente os indicadores presentes.
- (+) - positiva, contemplando apenas um indicador.
- (-) Fragilidade em único indicador.
- (--) Fragilidade em dois ou mais indicadores.
- (---) Fragilidade em todos os indicadores.
- (O) Citação ausente.

### **Objetivos e visão compartilhada**

A partir da revisão das entrevistas abertas e questionários auto-aplicáveis, percebeu-se que há um compartilhamento parcial de objetivos e visão entre os participantes. De uma forma geral gestores da educação e professores estão mais focados no processo de formação, e gestores e profissionais de saúde no processo de atenção.

Vale destacar ainda, que fragilidades nesta dimensão foram descritas por professores e, sobretudo, pelos gerentes, como por exemplo: a raridade ou ausência de reuniões entre os professores e os profissionais de saúde, o que dificulta a construção de objetivos comuns, e uma leitura de que as Instituições de Ensino se preocupam mais com a formação dos estudantes que com a qualidade do serviço.

### **Governança**

Apesar de ser a dimensão com maior número de indicadores, quatro no total (Centralidade, Liderança, Suporte para Inovação e Conectividade), nos discursos dos três informantes foi possível perceber que eles estão presentes de alguma forma.

A Centralidade e a liderança no estímulo a integração entre serviços de saúde e instituições de ensino é muito presente no discurso dos gestores, guardando coerência com a ideia-força do Sistema Saúde Escola.



É importante registrar que alguns professores e gerentes demonstraram uma visão mais sistêmica e uma atitude de maior liderança a favor da integração ensino-serviço.

Tanto gerentes como professores concordaram que há suporte para o processo de colaboração, tendo sido citados apoio logístico e estímulo por parte dos gestores. A questão do incentivo financeiro como valorização para o profissional de saúde que orienta os estudantes, foi outro aspecto abordado nesta dimensão e considerado uma fragilidade no suporte ao processo de colaboração.

Outros aspectos citados, tanto por professores, quanto pelos gerentes servem de alerta nesta dimensão. Pode-se exemplificar o caso ao observarmos que parte considerável do grupo de gerentes informou ser pequena a participação dos professores em atividades de educação permanente organizada pela equipe do CSF, o que evidencia fragilidade na conectividade, um dos indicadores da **Governança**.

### **Formalização**

Para os informantes, há conhecimento da existência de ferramentas de formalização, condição que oferece suporte para melhoria das ações compartilhadas na colaboração. Entretanto, houve uma menção sobre a necessidade de maior detalhamento das responsabilidades de cada conveniente para melhores resultados da colaboração.

### **Internalização**

Na avaliação desta dimensão, fragilidades foram observadas no discurso de todos os grupos de informantes.

No grupo dos gestores verificou-se que não há uma consolidação dos espaços de discussão em situações formais que permitam a troca de experiência, principalmente no sentido da avaliação do trabalho colaborativo para a melhoria do planejamento.

Já no grupo dos professores, percebeu-se fragilidade no que diz respeito a episódios de resistência à colaboração interprofissional, principalmente relacionados a relação de confiança necessária para que a colaboração aconteça.

A pouca frequência ou inexistência de reuniões com os profissionais das unidades de saúde para o planejamento das aulas práticas ou estágios foi sinalizada como fator que interfere negativamente na troca de informações necessárias para que se desenvolva o conhecimento mútuo no sentido de permitir que os atores envolvidos sejam co-responsáveis no processo de formação e atenção presente na integração ensino-serviço.

Vale ressaltar que houve também aspectos positivos nesta dimensão nos discursos de todos participantes. Contudo, se para os gerentes e gestores esta dimensão foi contemplada em parte, no discurso dos professores, todos os seus indicadores estiveram presentes, evidenciando uma certa divergência na ótica dos que atuam tanto no gestão da rede, quanto na ponta dos serviço.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das falas dos informantes fica evidenciado que existe colaboração interprofissional entre docentes das Instituições de Ensino Superior e profissionais do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, bem como entre seus respectivos gestores, e que esta colaboração está em desenvolvimento, e aparentemente caminha no sentido de aperfeiçoar a integração ensino- serviço.

O estudo mostrou alguns achados relevantes, um deles foi o que os gestores da saúde reconhecem que os serviços quando realizados com a participação de docentes e estudantes é garantia da qualidade da atenção, bem como contribui para o processo de formação e para a educação permanente dos profissionais que já estão em serviço. Além da demonstração do sentimento de compromisso com o processo de integração, colocando-se como co-responsáveis no processo de formação dos futuros profissionais de saúde.

Por outro lado, entre os gestores da saúde surgiu um questionamento sobre a atitude da academia para com a comunidade, classificando como incipiente o seu compromisso em relação à qualidade da atenção à saúde. Tal sinalização requer aprofundamento das negociações e clareamento dos acordos entre as IES e SMS, além de sensibilização do corpo discente e docente sobre quanto o que eles podem contribuir para a sociedade.

Os gestores da educação destacaram no estudo a importância e necessidade de planejamento coletivo entre os atores do processo de formação em saúde, envolvendo professores, gestores, gerentes e profissionais da saúde e da educação, ao considerar que este planejamento é um passo qualitativo que viabiliza o progresso da interprofissionalidade, da intersetorialidade e da colaboração entre as instituições. Vale ressaltar ainda, que esta fala foi compartilhada por todos os participantes do estudo, reconhecendo a notória significância do planejamento coletivo para o sucesso da formação e a oferta de serviços de saúde de qualidade.

Um fato que também merece atenção foi a criação da Escola de Formação em Saúde da Família, por ser uma organização de suporte para a integração ensino-serviço, o que esteve presente nos depoimentos dos participantes. Houve o reconhecimento do papel ímpar da Escola neste processo, já que esta tem como missão desenvolver profissionais com a qualidade da assistência, a humanização e a

qualidade de vida, orientando-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Outra inovação percebida foi a importância dos profissionais de nível médio para a formação de nível superior. Reconhecida pelos professores que mencionaram a existência de uma colaboração transprofissional, entre profissionais de diferentes níveis de formação.

O estudo permitiu identificar além de potencialidades e problemáticas envolvidas na integração ensino-serviço, aqui vista como fator construtivo para a discussão de estratégias de fortalecimento dessa integração.

Considera-se uma problemática que infere na integração ensino-serviço a questão da valorização dos profissionais que acompanham alunos nas atividades em serviços de saúde, que reconhecem que esta valorização poderia ser feita por meio de incentivo financeiro. Desta forma, o estudo sinaliza a necessidade de discussões neste âmbito e consequente criação de mecanismos de valorização desta prática. Foi também reconhecido como entraves a inadequação dos serviços para o processo ensino-serviço no que se refere a infraestrutura, ao dimisionamento de alunos nos serviços, a qualificação profissional de preceptores.

Vale ressaltar que aspectos ligados ao apoio e colaboração dos gerentes apareceu no estudo como um fator positivo, pois a maioria dos docentes afirmou que estes demonstravam bom acolhimento e disponibilidade para colaborar com o processo ensino-aprendizagem, articulando espaços nos serviços e incluindo os estudantes na rotina de trabalho.

Por fim, registra-se, como limitação do estudo, o fato de não ter contemplado a percepção acerca da colaboração interprofissional sob a ótica de estudantes e usuários dos serviços de saúde, principais implicados neste processo de integração ensino-serviço, sinalizando, portanto, que outros estudos precisam investigar esta questão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C; MARTINS JÚNIOR, T. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. **SANARE A. IV**, n.1, p. 57-64, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 88-100, 2006.

ANDRADE, L. O.M.; BARRETO, I. C. de H. C., et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. **Tratado de Saúde Coletiva**. M. C. Campos GWS, Akerman, M. São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec - Ed. Fiocruz. **1**: 783-836, 2006.

ANDRADE, L. O.M.; BARRETO, I. C. de H. C.. et al. "Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Sobral (CE): uma resposta municipal para a Educação permanente no SUS." **Divulgação em Saúde para Debate 30**: 15-25, 2004

AUSUBEL, D.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BARRETO, I.C.H.C; OLIVEIRA, E.N.; ANDRADE, L.O.M., et al. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **SANARE. A I** v. 1, n.1, out/ nov/dez, p. 18-26, 1999.

BARRETO, I. C. de H. C.; ANDRADE, L. O. M. de; LOIOLA, F.; PAULA, J.de B.; MIRANDA, A. S. de; GOYA, N. Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. *In*: **Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal**, n.34, Jun. Rio de Janeiro, 2006.

BARRETO, I. C. H. C., L. O. M. ANDRADE, ET AL. "A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso Fortaleza (CE)." **Divulg Saúde Debate**, v. 34, p.15, 2006.

BEAULIEU MD, DENIS JL, D'AMOUR D, GAUDREAU J, HAGGERTY J, HUDON E, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. *In* **Research Report Université de Montréal**, Montréal, 2006.

BRANDÃO, I. R. **A roda como método de ser, conhecer e fazer**. Mimeo, 2006.

BRASIL, C. N. D. EDUCAÇÃO, et al. (2001). **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 1. M. d. Educação. Brasília, Ministério da Educação. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

BRASIL AND M. D. SAÚDE (2004). **Política Nacional de Educação Permanente**. Portaria nº 198. M. d. E. d. Saúde. Brasília, Gabinete do Ministério da Saúde.

BRASIL, M. D. SAÚDE, et al. (2007). **Pro-Saúde: Reorientation National Program in Health Professional Formation**. M. d. E. Ministério da Saúde. Brasília, Editora do Ministério da Saúde. v. 1, p.80.

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Moraes, 1979. CAPRA, F. **A Teia da vida**. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996. CUNHA, G. T. **A construção da Clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. DEMO, P. **Certeza da incerteza: ambivalência do conhecimento e da vida**. Brasília: Planos, 2000.

BUSS, P.M.(org.) **Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. ENSP Rio de Janeiro, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CEARÁ (2008) **"Histórico e missão da Escola de Saúde Pública do Ceará"**.

CECCIM, R. AND L. FEUERWERKER "Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade." **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n.5. p. 1400-1410, 2004.

COOKE, M., D. M. IRBY, et al. "American Medical Education 100 Years after the Flexner Report." **N Engl J Med**, v. 355, n.13, p.1339-1344, 2006. CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, s. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'AMOUR D, SICOTTE C, LÉVY R: Un modèle de structuration de l'action collective dans les services de santé de première ligne au **Sciences Sociales et Santé Québec**, v. 17 n.3, p. 67-94, 1999.

D'AMOUR D, GOULET L, PINEAULT R, LABADIE JF, REMONDIN M: Comparative study of interorganizational collaboration and its impact: the case of perinatal services. **In Research Report GRIS**, Montréal, 2004.

D'AMOUR, D., M. FERRADA-VIDELA, et al. "The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks.", **Journal of Interprofessional Care**. v.19, n.2, p. 17, 2005.

D'AMOUR, D. G., LISE;LABADIE, JEAN FRANÇOIS; Martin-Rodriguez, Leticia San Martin and Pineault, Raynald "A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations." **BMC Health Services Research**, v. 8, p.188, 2008.

- DIAS, M. S. A. **O Semblante da Clínica Dialítica no contexto da promoção da saúde: reflexões dos profissionais sobre sua práxis.** 2005. 192.f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2005.
- DIAS, M. S. A. et al. Secretaria de Saúde de Sobral: construindo um sistema aprendente. **Revista Sustentação**, n. 19, p. 32-33, abr./ jul. 2007.
- EBY, L. T. R., JEAN E.; ALLEN, TAMMY. Definition and Evolution of Mentoring. *The Blackwell Handbook of Mentoring: a multiple perspectives approach.* B. Publishing. Malden, MA, Blackwell Publishing. v.1, p. 7-20, 2007.
- ELLERY, A., M. BOSI, et al. **Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, objetivos e práticas.** Fortaleza, 2010.
- FEUERWERKER, L. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo, Hucitec, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório.** 11. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.M. de. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 575-626, 2008.
- HEALY, M., & PERRY, C. Comprehensive criteria to judge validity and reliability of qualitative research within the realism paradigm. **Qualitative Market Research**, v. 3, n.3, p.118-126, 2000.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.
- LEFÉBVRE, H. **Lógica formal e lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação profissional de saúde. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v. 9, n. 17, p. 369- 79, mar./ago. 2005.
- MAHAYOSNAND, P. P. AND M. H. STIGLER "The need for mentoring in public health." **Am Journal of Public Health**, v. 89, n.8, p 2, 1999.
- MATURARA, H. R.; VARELA, J. F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana.** São Paulo: Palas Athenas, 2001.
- MEADS G, ASHCROFT, J. **The case for Interprofessional Collaboration in Health and Social Care.** Oxford, Blackwell Publishing, 2005. 165p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2000.

NEWMAN, F.; HOLZMAN, L. **Lev Vygotsky: cientista revolucionário**. São Paulo: Loiola, 2002.

PAGLIOSA, F. AND M. DA ROS. "O relatório Flexner: para o bem e para o mal." **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n.4, 2008.

PRIGOGINNE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: UNESP, 2003.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux**, 2007.

QUÉBEC. **Loi sur les services de santé et les services sociaux**. Loi 83. P. d. Québec. Québec. 83, 2005.

S A N A R E, Sobral, v.8, n.2, p.07-15, jul./dez.2009 15

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Manual de orientação para gestores municipais de saúde. Florianópolis: IOESC, 2008.)

SOARES, C. H. A.; PINTO, V. P.T.; DIAS, M. S. A.; PARENTE, J. R. S.; CHAGAS, M. I. O. Sistema Saúde Escola de Sobral – CE. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p.7-13, jun/dez, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.

TAILLE, Y. L.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. **Teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992.

WALLACE, A. G. "Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care." **Academic Medicine**. v. 72, n.4, p. 253-258, 1997.