

Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas¹

Integration research, education and health services: background, strategies and initiatives

Ana Ecilda Lima Ellery

Doutora em Saúde Coletiva. Psicóloga Clínica e Facilitadora do Curso de Gestão da Clínica no SUS, pelo Hospital Sírio Libanês.

Endereço: Av. Dom Luis, 500, sala 1029, Aldeota, CEP 60160-230, Fortaleza, Ceará.

E-mail: ana.ellery@gmail.com

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária.

Endereço: Rua Prof. Costa Mendes, 1608, Rodolfo Teófilo, CEP 60430-140, Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: malubosi@ufc.br

Francisco Antonio Loiola

Doutor em Psicopedagogia. Professor da Université de Montreal, Canadá, Faculté des sciences de l'éducation.

Endereço: 90, Avenue Vincent-d'Indy. Montreal, Québec, H2V 259.

E-mail: fa.loiola@umontreal.ca

¹ Financiamento: Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Resumo

Este artigo objetiva identificar e analisar experiências nacionais e internacionais que postulem a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde. A partir da vivência no Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, que busca a referida integração, interessava-nos conhecer outras experiências que postulassem a mesma. Nesse sentido, mediante uma revisão da literatura científica em bases bibliográficas on-line, associada à pesquisa documental de experiências contemplando essa integração, identificamos informações caracterizadas pela aproximação entre ensino, pesquisa e serviços de saúde. Foram selecionadas oito experiências no continente americano, sendo uma canadense; uma cubana; duas latino-americanas e quatro brasileiras, que são apresentadas neste artigo. Integrar ensino e pesquisa, utilizando a face assistencial do sistema de saúde como um recurso pedagógico, evidencia-se como um objetivo aglutinador em vários países das Américas. Analisando-se as oito experiências apresentadas, observa-se que em seis delas a integração ensino, pesquisa e serviços já aparece como estratégia de formação e de educação permanente. Não obstante, a aproximação entre essas três funções persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente. Assim, novos investimentos precisam ser feitos no sentido de desvelar as dinâmicas e os processos em construção que facilitem e impulsionem a integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde, que demandam práticas interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, de forma a superar a crise de conhecimentos e de valores da saúde no mundo.

Palavras-chave: Formação de recursos humanos; Educação permanente em saúde; Integração docente-assistencial; Integração docente-assistencial e pesquisa; Gestão do conhecimento.

Abstract

This article aims to identify and analyze national and international experiences of integration in teaching, research and health services. From the experience in Municipal System of Health - School of Fortaleza, which integrates teaching, survey and assistance, interested us to know other experiences that take for granted such integration. In this sense, through a review of scientific literature, in bibliographic databases online, associated with a documentary research experiments that showed the same integration, we identified information indicating the existence of links between education, research and services. We selected eight experiments on the American continent, one in Canada, one in Cuba, two in Latin America and four in Brazil, which are presented in this article. Integrating teaching and research, using the face of the health system of care as an educational resource, it is clear as a unifying purpose in several countries of the Americas. Analyzing the 08 (eight) experiments presented, it is observed that in 06 (six) of them the integrate teaching, research and services already appears as a strategy for training and continuing education. However, the rapprochement between the functions of teaching, research and health services remains a battleground of convergence and divergence, therefore, as a space for conflict between different interests, making effective slowly. Thus, new investments must be made to uncover the dynamics and processes in construction to facilitate and foster the integration of teaching, research and health care, which requires inter practices, interagency and intersectoral.

Keywords: Human Resources Formation; Permanent Education in Health; Teaching Care Integration; Teaching Care Integration and research; Knowledge Management.

Introdução

A articulação ensino e serviço vem sendo alvo de reflexão em muitos estudos, em diferentes países (Feuerwerker e Almeida, 2002; Contandriopoulos e col., 2001). Alguns autores (Castaneda Abascal e col., 2008; Barreto e col., 2006; Arteaga Herrera e Chavez Lazo, 2000) preconizam uma integração mais ampla, que envolva também a pesquisa, reconhecendo o potencial educativo da mesma na formação e na educação permanente dos trabalhadores da saúde. Demo (2005) considera que entre educação e pesquisa, a despeito das especificidades, há um trajeto confluyente, pois ambas as áreas buscam o conhecimento, valorizando o pensamento crítico, marcas do sujeito histórico. Refere, ainda, que a “característica emancipatória da educação exige a pesquisa como seu método formativo” (Demo, 2005, p. 8).

A articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde é considerada um princípio pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento próprio, assegurando uma assistência de qualidade e com rigor científico (Fernandes e col., 2005). Para esses autores: “Trata-se da construção de um processo de ensino-aprendizagem dialógico e investigativo que viabilize a troca de experiências e a construção/reconstrução/significação de conhecimentos” (p. 447).

Batista e colaboradores (2005) consideram ser o enfoque problematizador uma resposta inovadora frente a desafios presentes na formação de profissionais da saúde. Reconhecem o potencial da pesquisa para responder às demandas que se apresentam em um determinado momento e fortalecer a transformação das práticas educativas em saúde.

Tradicionalmente, porém, observamos que formação e pesquisa são missões sob responsabilidade das instituições de ensino superior e técnico, enquanto os cuidados em saúde são atribuições dos organismos responsáveis pela gestão do setor. Importante destacar que cada um desses setores exerce suas atividades com autonomia, predominando um modelo de formação dissociado da prática, gerando um fosso entre o mundo acadêmico e o ‘mundo real’, no qual se materializam as práticas de saúde em suas distintas modalidades (Colet, 2002).

Nos últimos anos, eliciado pelas contradições e dificuldades que se avolumam, esse modelo de for-

mação vem sendo questionado. Novas alternativas se colocam, na tentativa de superar as propostas ainda hegemônicas de formação, caracterizadas, conforme já antes aludimos, pela descontextualização do real e pelo distanciamento entre ensino, pesquisa e serviço. No caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação por meio da Lei nº 8.080, de 1990, traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional (Brasil, 1990). Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS contemple a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional.

Considerando, portanto, a importância da integração dessas três funções no processo de formação e de educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, necessário se faz conhecer e analisar seus antecedentes, suas estratégias e as iniciativas em curso, de forma a possibilitar a expansão e consolidação dessa integração.

Objetivo e Percorso Metodológico

Este artigo objetiva identificar e analisar experiências nacionais e internacionais, no continente americano, que postulem a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde, com base nas seguintes características: abrangência, protagonista principal, instituições e serviços envolvidos e funções incorporadas. Para tanto, consultamos livros, artigos e teses nas seguintes bases de dados on-line: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) e WHOLIS (Sistema de Informação da Biblioteca da OMS). Foram utilizados os seguintes descritores: educação permanente em saúde, integração docente-assistencial e integração ensino, pesquisa e serviços de saúde. Identificamos efetivamente um número substancial de artigos que abordam a temática. Observamos, contudo, que, na quase totalidade, esses artigos abordam experiências muito localizadas, não raro restritas a um único curso superior ou mesmo a uma única disciplina ou a um serviço específico.

Embora a abrangência restrita não invalide em termos absolutos a importância desses estudos, selecionamos aqueles que abordam experiências de articulação entre ensino, pesquisa e serviços de saúde mais amplas e sistêmicas, envolvendo, sobretudo, redes assistenciais, bem como diferentes cursos, tanto de nível superior como de nível técnico. No escopo deste estudo, foram selecionadas oito experiências no continente americano, exploradas ao longo deste artigo, sendo uma na América do Norte (Canadá), uma cubana, duas de abrangência de vários países da América Latina, incluindo o Brasil, e quatro experiências desenvolvidas por municípios brasileiros. Tais experiências foram selecionadas por sua amplitude e pertinência ao objeto do presente estudo, uma vez que grande parte das experiências encontradas era muito localizada ou não guardavam efetiva relação com o tema aqui focalizado. Assim, foram consideradas experiências amplas de integração docente-assistencial, com a inclusão da pesquisa, em alguns casos.

Experiências Internacionais

No continente americano, Cuba, Canadá e Brasil são países que possuem sistemas de saúde com financiamento público, revelando a importância dessa política nessas sociedades. Esses países também apresentam experiências de integração do ensino, pesquisa e serviços de saúde.

A Experiência Cubana

Arteaga Garcia e colaboradores (2010) referem que as primeiras iniciativas de integração ensino, pesquisa e serviços de saúde em Cuba tiveram início a partir de 1974, quando foram criadas as policlínicas comunitárias. Em 1976, essa integração se aperfeiçoou com a transferência da responsabilidade da educação médica para o Ministério da Saúde Pública Cubano. Consolidou-se, assim, a Integração Docente-Assistencial Investigativa (IDAI), com o objetivo de elevar a qualidade da educação médica, da prática profissional e dos serviços de saúde cubanos. Arteaga Herrera e Chávez Lazo (2000) consideram que em todo tipo de ensino há necessidade de integrar e conjugar atividades acadêmicas e laborais. Para eles, os serviços de saúde são lugares privilegiados, nos quais podem ser alcançados os objetivos da for-

mação, por se constituírem em espaços apropriados para se estabelecer a relação teórico-prática, expressão máxima para a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos e habilidades.

A IDAI é uma organização estrutural funcional e sistemática, que fomenta relações intersetoriais, interorganizacionais e interdisciplinares a fim de equacionar problemas de saúde. O incremento educativo alcançado com essa integração se expressa pelos resultados obtidos no processo docente-educativo, com a formação de um pessoal mais motivado e qualificado, com uma concepção preventiva e biopsicossocial dos problemas de saúde, ao mesmo tempo em que melhora os indicadores de saúde, com uma maior satisfação e qualidade de vida da população (Garcia Gutierrez, 1995). Para Arteaga Garcia e colaboradores (2010), a integração docente assistencial e investigativa na atenção primária em saúde tem logrado êxito, apesar da pesquisa não estar no mesmo nível do desenvolvimento docente-assistencial. Consideram que muitos passos foram dados, mas aquém do potencial existente, postulando a inclusão dos três processos em um mesmo sistema de trabalho, aos quais se dê a mesma prioridade, sendo esta a chave do êxito do processo de integração.

A Experiência Canadense

No Canadá, mais especificamente na província de Quebec, a partir de 2004, a fim de favorecer a complementaridade e a integração das missões de ensino, pesquisa e cuidados em saúde, foi instituída em cada território dessa província uma Rede Universitária Integrada de Saúde (RUIS), num total de quatro, sendo cada uma delas ligada a uma universidade: McGill, Universidade de Montreal, Laval e Sherbrooke (Quebec, s. d.). Essa rede é composta por todos os estabelecimentos de saúde e de serviços sociais do território, que têm como referência um centro hospitalar de cuidados gerais e atenção especializada, designado “Centro Hospitalar Universitário”. As atividades de cada RUIS são coordenadas por um comitê de direção, constituído por todos os diretores gerais dos estabelecimentos que compõem a rede e de um decano da faculdade de medicina da universidade associada. O comitê pode igualmente convidar qualquer cidadão cuja participação seja considerada pertinente nos trabalhos da rede territorial. Interessante observar que o diretor geral do centro hospitalar e o decano da

faculdade de medicina são designados pelo ministro da Saúde para ocupar as funções de presidente e vice-presidente da rede (Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montreal, 2004).

Cada RUIS formula suas proposições em relação aos seguintes assuntos: oferta de serviços no domínio de expertise reconhecido pelos estabelecimentos componentes da rede, de forma a responder às demandas locais; transferência de conhecimentos entre a faculdade de medicina e os estabelecimentos do território de atuação da rede; acesso aos serviços de saúde pelos parceiros das diversas profissões da saúde, favorecendo o desenvolvimento das suas competências; coordenação das demandas de subvenção para os investimentos; desenvolvimento de pesquisa; e colaboração entre as diversas RUIS, instaurando uma cultura entre os estabelecimentos membros da rede, dentre outras.

Em relação aos avanços obtidos, citamos, como exemplo, a RUIS da Universidade de Montreal, que passou a adotar duas grandes estratégias: a promoção da abordagem “paciente parceiro” (*l’approche “patient partenaire”*), como também a educação e a colaboração interprofissional no desenvolvimento de seus projetos. A abordagem “paciente parceiro” (Université de Montreal, s. d.) considera serem os pacientes os verdadeiros parceiros, tanto na formação dos profissionais de saúde como nos seus próprios cuidados. Essa abordagem entende que, para serem eficazes, os cuidados em saúde devem responder às necessidades do paciente, sendo seu plano terapêutico pactuado com o mesmo, de forma a obter seu engajamento e sua colaboração nos seus próprios cuidados. Estão, ainda, em desenvolvimento diferentes projetos de cuidados em saúde e de pesquisa em colaboração entre todos os parceiros da RUIS. Pesquisas estão sendo desenvolvidas sobre estas práticas colaborativas e educação interprofissional, medindo o impacto sobre a qualidade dos cuidados em saúde (Université de Montreal, s. d.).

Experiências na América Latina, incluindo o Brasil

Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA)

No Brasil, assim como em vários países da América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde

(OPAS) tem tido uma influência importante na política de recursos humanos para saúde, sobretudo após o acordo de cooperação celebrado em 1973 (Paiva e col., 2008). Um dos projetos importantes promovidos pela OPAS, em parceria com o Ministério da Saúde, foi o Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA). No Brasil, foram desenvolvidos projetos de integração universidade e serviços em praticamente todas as instituições acadêmicas públicas e em algumas privadas (Feuerwerker e Almeida, 2002).

Na visão de Paiva e colaboradores (2008), os projetos IDA (1985-1997) tiveram resultados imediatos considerados menos promissores, em decorrência de uma frágil sustentação institucional dos projetos, consequência de uma incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde, bem como pela existência de grupos refratários às reformas nas universidades, fruto de uma tradição intelectual e profissional que não estimulava uma abordagem interdisciplinar.

O Projeto IDA contribuiu para o surgimento de outras experiências, como o Projeto UNI, em 1991, ao qual, posteriormente, se integrou. A compreensão de que a integração entre as instâncias de formação e dos serviços de saúde era essencial para a formação dos profissionais de saúde, ideal que inspirou o Projeto IDA, continuou vivo e presente no Projeto UNI, que teve atuação na América Latina (Feuerwerker e Almeida, 2002).

Projeto UNI

Financiado pela Fundação Kellogg, o “Projeto UNI - Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde - União com a comunidade” (1991-1997) objetivava contribuir para a melhoria da formação dos profissionais de saúde (Kisil e Chaves, 1994). Ele nasceu já com o acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA, permitindo-lhe fazer avanços, tendo uma nova estratégia de atuação, ampliando seu campo de ação para além de uma disciplina, de um curso específico (Feuerwerker e Marsaglia, 1996). Foram desenvolvidos 23 projetos, em 11 países da América Latina, dos quais seis no Brasil: Marília e Botucatu (São Paulo); Brasília (Distrito Federal); Londrina (Paraná); Natal (RN); e Salvador (BA). Para o desenvolvimento desses projetos foram disponibilizados apoios financeiros e assistência técnica. A proposta partia da avaliação crítica das

experiências de Integração Docente-Assistencial na América Latina, assumindo o desafio de desenvolver um projeto de mudança nas escolas de saúde e não somente em cursos isolados, preconizando a articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade, desde a elaboração da proposta (Feuerwerker e Almeida, 2002). Os Projetos UNI incorporaram as dimensões da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, bem como a integração ensino-serviço foi feita com a inclusão da população.

Em 1996, o Projeto UNI passou a integrar e construiu uma nova identidade da Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI IDA (Feuerwerker e Almeida, 2002). Em 1998, a Rede UNI IDA passou a ser denominada Rede UNIDA, expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um departamento, instituindo o multiprofissionalismo, dando lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde.

Experiências Brasileiras

Outras experiências de iniciativa das secretarias municipais de Saúde vêm se configurando na direção de formar sistemas integrados, como as de Sobral e Fortaleza (Ceará); de Aracaju (Sergipe); e de Florianópolis (SC), buscando aproximar o ensino e a pesquisa dos serviços de saúde e da comunidade. Faremos, a seguir, algumas considerações sobre essas experiências, com base na literatura disponível, destacando, porém, haver assimetria entre a sistematização e a bibliografia disponível, impactando o nível de aprofundamento das mesmas.

Sistema Saúde Escola de Sobral, Ceará

O Sistema de Saúde Escola de Sobral, Ceará, lançou suas bases em 1997, a partir da liderança da gestão municipal em um processo de educação permanente que envolvia os serviços de saúde e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), culminando na criação da Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, em 2001 (Andrade e col., 2004).

No tocante ao conceito “sistema de saúde escola” no campo da formação em saúde, no Brasil, ele começou a ser empregado pelo mesmo grupo de profissionais e pesquisadores, a partir da experiência da gestão do SUS em Fortaleza (Barreto e col., 2006; 2007). A estruturação de sistemas de saúde escola é concebida como uma estratégia que permite acelerar

a “formação e a capacitação dos profissionais de saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, bem como propicia a construção de ‘cenários realistas’ de ensino, prestação de serviços e pesquisa que possibilitam a qualificação dos três” (Barreto e col., 2007, p. 8). Esse sistema tem como ideia força transformar todas as unidades de saúde de um município em espaços de ensino, pesquisa e assistência, constituindo-se em uma estratégia de gestão para melhorar a formação dos futuros profissionais e, ao mesmo tempo, facilitar a educação permanente dos trabalhadores da saúde (Barreto e col., 2007).

Em 2008, o sistema de educação permanente em Sobral, que vem sendo implantado desde 1997, passou a ser denominado Sistema Saúde Escola de Sobral (Soares e col., 2008). A operacionalização desse sistema articula-se em quatro eixos estruturantes, que demarcam sua organização e efetivação, sendo a integração entre ensino, pesquisa, gestão e atenção um desses eixos (Soares e col., 2008).

Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), em Aracaju, Sergipe

Em Aracaju, com o início de uma nova gestão municipal em 2001, foi implantado um novo modelo técnico-assistencial intitulado Saúde Todo Dia, com a responsabilidade de implementar o SUS em sua essência universalista, equânime e integral (Santana, 2005; Ramos, 2006). A gestão municipal do SUS em Aracaju identificou, à época, como um dos pontos de estrangulamento da saúde a insuficiência de quadros com formação na área da saúde coletiva para assumir a implantação do projeto em vários níveis do sistema. Em 2003, o município implantou, por meio do Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), a residência na área da saúde coletiva (Brasil, 2006). A proposta pedagógica envolve processos de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, criando espaços de contato dos educandos com as necessidades de saúde dos usuários, de forma a compreender o objeto de intervenção de cada equipamento que compõe a rede (Ramos, 2006).

A articulação das diferentes estratégias de educação permanente é o modo pelo qual o CEPS oferece apoio técnico e pedagógico para o desenvolvimento de projetos das áreas técnico-assistenciais e tem a atribuição de articular em nível municipal a política

de educação para a saúde junto ao controle social e às instituições formadoras de níveis técnico e superior. Nos diversos processos de educação permanente, o CEPS vem consolidando uma metodologia baseada em concepções problematizadora, crítica e participativa da educação, tomando como objeto central da pedagogia as necessidades de saúde da população (Brito e Santos, 2006). As linhas estratégicas executadas pelo CEPS contemplam quatro eixos, destacando-se dentre eles a integração ensino-serviço, pautada no fomento da articulação de espaços de interação entre a academia e os serviços de saúde (Ramos, 2006). Um dos resultados da criação do CEPS é o desenvolvimento de especialização integrada em saúde coletiva, modalidade residência multiprofissional, em convênio com a Universidade Federal de Sergipe e parceria com o Ministério da Saúde (Brito e Santos, 2006), bem como a implantação de uma política de educação permanente no município (Santana, 2005).

Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza, Ceará

O sistema começou a ser organizado no município de Fortaleza, após o início de uma nova gestão municipal, em 2005, quando a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estruturante da rede de serviços do SUS no município.

A iniciativa no campo da formação e da educação permanente em saúde em Fortaleza, culminando na criação do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), foi a implantação da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). A necessidade da estruturação dessa residência decorreu da contratação pelo município, via concurso público, entre 2005 e 2006, de mais de 1.000 profissionais para a ESF (Barreto e col., 2006). Considerando serem os trabalhadores formados majoritariamente para a clínica especializada, a gestão municipal cria a residência visando preparar os profissionais recém-contratados para um novo modelo assistencial (Barreto col., 2006; 2007).

O programa de RMFC ofertou 50 vagas, no primeiro ano, em parceria com instituições de ensino superior (IES) de Fortaleza, tanto públicas como privadas (Barreto e col., 2006). A partir dessa re-

sidência, várias outras iniciativas se sucederam, sendo o SMSE criado oficialmente no final de 2006, por meio da Portaria SMS 160/2006. Em 2007, foram realizados o I Fórum e a I Mostra do SMSE, com o objetivo de estruturar o SMSE e fortalecer o seu desenvolvimento científico e tecnológico. Do I Fórum Municipal participaram todas as instituições de ensino superior e técnico do setor saúde de Fortaleza. A partir desse fórum, outros foram criados nas regionais de saúde do município, tendo se fortalecido a ideia de um sistema integrado de ensino, serviço e pesquisa. A discussão sobre a co-responsabilidade sanitária das IES está sendo difundida, de forma a incorporar à pesquisa o compromisso de buscar respostas para as grandes questões sanitárias da população (Ellery e col., 2009).

Rede Docente-Assistencial de Florianópolis

Em 1997, o município de Florianópolis implementou uma experiência nos moldes da integração ensino-serviços, denominada Programa de Articulação Docente-Assistencial de Florianópolis, que, posteriormente, se configurou como base referencial para a implantação da ESF na rede municipal de saúde (Sisson, 2009). O programa se iniciou dirigido ao recém-criado internato médico do curso de medicina, agregando-se, depois, estudantes dos cursos de enfermagem, nutrição, odontologia, educação física, farmácia, serviço social e psicologia (Reibnitz e col., 2012).

A Rede Docente-Assistencial (RDA) tem por finalidade “promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS” (Florianópolis, 2010, p. 2). A referida rede é desenvolvida por convênio entre a prefeitura municipal de Florianópolis, através da Secretaria de Saúde, e a Universidade Federal de Santa Catarina. Seu objetivo é oferecer campo de estágio para os alunos dos cursos relacionados à saúde nas unidades básicas de saúde (Florianópolis, 2010). As perspectivas para a integração ensino, serviço e pesquisa levaram o município a investir nessa parceria por considerar que a população usuária do SUS tem muito a ganhar com a presença de alunos nas unidades de saúde. Acreditam ainda que com

a RDA os futuros profissionais da saúde estarão mais bem preparados para atuar na atenção básica, e não só em consultórios particulares e hospitais, perspectiva que ainda predomina. Trata-se de uma parceria para a qual confluem diferentes atores da área acadêmica, dos serviços de saúde e das organizações comunitárias (Oliveira, 2008).

Alguns resultados da Rede Docente-Assistencial já se apresentam, como a promoção de um processo de ensino contextualizado na realidade da prática e o “desenvolvimento de pesquisas integradas, considerando o contexto sociocultural, compatibilizando o modelo pedagógico-assistencial e as necessidades de saúde da população” (Reibnitz e col., 2012, p. 72).

Tendências e Convergências

A literatura especializada sobre o tema em pauta nos leva a perceber ser ponto consensual entre os diversos autores consultados e também nas políticas e nos programas governamentais e de organizações internacionais e nacionais a necessidade de uma melhoria na formação dos profissionais da saúde, em especial, como um dos elementos determinantes, para resolver a crise do setor. Para tanto, urge os profissionais chegarem preparados ao trabalho para enfrentar os desafios que lhes são postos, sobretudo em relação: à compreensão ampla do processo de saúde-doença como decorrente de múltiplos fatores; ao trabalho em colaboração interprofissional; à articulação com os diferentes setores que contribuem para a promoção da saúde, dentre outras exigências, tanto do campo da formação como da pesquisa.

Uma estratégia privilegiada para melhorar a formação dos profissionais e, conseqüentemente, o sistema de saúde, foi e continua sendo uma educação contextualizada. Segundo Ferreira e Bittar (2008), foi articulando ensino e trabalho que se fundaram as bases de uma concepção educacional crítica, compreendendo que é por meio da educação, aliada à práxis social, que podemos formar um trabalhador consciente das suas potencialidades históricas, qualquer que seja o seu lócus. O significado dessa concepção pedagógica na formação em saúde efetiva-se no estabelecimento de uma ligação orgânica entre a prática e a teoria, articulando o ensino e a pesquisa aos serviços de saúde.

Assim, integrar ensino e pesquisa, utilizando a face assistencial do sistema de saúde como um recurso pedagógico, evidencia-se como um objetivo aglutinador em vários países das Américas. Analisando-se as oito experiências apresentadas, observa-se que em seis delas a integração ensino, pesquisa e serviços já aparece como estratégia de formação e de educação permanente, tal como o quadro a seguir sistematiza.

Apesar dos avanços, parece-nos ainda episódica a inserção da pesquisa nesses programas de integração. A integração dessas funções não é explicitada nos projetos IDA, como também não aparece claramente em muitas experiências municipais brasileiras, decorrentes da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Embora o primeiro acordo de cooperação celebrado entre o governo brasileiro e a OPAS/OMS (1973-1983) tivesse dentre seus objetivos a pesquisa, esta era restrita à formação de pessoal docente e de pesquisa, mediante a concessão de bolsas de estudo e de apoio financeiro e técnico científico às instituições de pós-graduação (Paiva e col., 2008). Observamos, contudo, na experiência do Projeto UNI um forte apelo à aproximação do ensino e dos serviços de saúde com a comunidade, além do apoio à pesquisa.

A experiência canadense citada neste artigo, a RUIS, embora seja ainda recente, aponta evidências de integração entre todos os estabelecimentos de saúde e serviços sociais de um território, com capacidade de otimizar os serviços, planejando e executando as ações de forma integrada. Por outro lado, parece continuar centrada nos hospitais e na figura do médico, considerando-se que sua estrutura de poder reserva ao diretor do hospital e ao decano da faculdade de medicina, respectivamente, a presidência e a vice-presidência do comitê de direção da RUIS.

Em Cuba, a integração do ensino, da pesquisa e dos serviços de saúde é claramente explicitada nos Programas de Integração Docente-Assistencial Investigativa (IDAI), que reconhecem na ação investigativa um potencial forte para a formação do profissional.

Em relação às experiências municipais brasileiras estudadas, as que definem claramente nos seus objetivos a integração do ensino, da pesquisa e dos

Quadro - Características das experiências de integração ensino, pesquisa e serviços de saúde nas Américas (2011)

Programa ou organização/vigência	Abrangência	Protagonista principal	Instituições / serviços envolvidos	Funções incorporadas
IDAI Cuba 1974 – atual	Cuba	Universidades	Universidades, unidades de saúde	Ensino, pesquisa e serviço
PROJETO IDA 1985-1997	América Latina, incluindo o Brasil	Universidades	Cursos superiores isolados e unidades de saúde ²	Ensino e serviço
PROJETO UNI 1991-1997	América Latina, incluindo o Brasil	Universidades	Universidades, unidades de saúde e comunidade	Ensino, pesquisa, serviço e comunidade
SMSE Sobral 1997 – atual	Município de Sobral (CE)	Secretaria Municipal de Saúde	Todas as IES e escolas técnicas, públicas e privadas / todas as unidades de saúde do município	Ensino, pesquisa e serviço
RDA Florianópolis 1997 – atual	Município de Florianópolis	Secretaria Municipal de Saúde	UFSC / unidades de saúde	Ensino, pesquisa e serviço
CEPS Aracaju 2003 – atual	Município de Aracaju (SE)	Secretaria Municipal de Saúde	Universidades, cursos técnicos / unidades de saúde	Ensino e serviço
RUIS Quebec 2004 – atual	Província de Quebec, Canadá	Hospitais	Universidades, unidades de saúde e assistência social	Ensino, pesquisa e serviço
SMSE Fortaleza 2006 – atual	Município de Fortaleza	Secretaria Municipal de Saúde	Todas as IES e escolas técnicas, públicas e privadas / todas as unidades de saúde do município	Ensino, pesquisa e serviço

2 Como unidades de saúde entendemos todos os serviços de saúde do município, quer sejam Centros de Saúde da Família, hospitais secundários e terciários, células de vigilância à saúde, centro de zoonoses ou quaisquer outras unidades que prestem serviços de saúde à população.

serviços de saúde são as de Florianópolis, Sobral e Fortaleza. Contudo, a experiência de Florianópolis, em termos de instituição de ensino, envolve apenas a Universidade Federal de Santa Catarina, o que não esvazia sua importância enquanto uma experiência que pode inspirar outros devires.

No Brasil, as experiências de Sobral e Fortaleza apresentam-se mais amplas, no tocante ao número de instituições de ensino e serviços de saúde envolvidos, abrindo a possibilidade de participação de todas as instituições de ensino superior e técnico, públicas e privadas, e todas as unidades de saúde. Constituem-se em iniciativa da gestão municipal do SUS, diferentemente das experiências de integração docente-assistencial do país, que em geral partem das instituições de ensino superior (Almeida, 1999). Ao integrarem a pesquisa ao ensino e aos serviços buscam superar a concepção de hospitais e centros de saúde escola, transformando todas as unidades de saúde em espaços de ensino e pesquisa (Ellery e col., 2009). Nas intenções, expressas nos documentos oficiais, as experiências de Sobral e Fortaleza

revelam-se como propostas sistêmicas, uma vez que buscam integrar os diversos programas e projetos desenvolvidos no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa.

A incorporação da pesquisa à consagrada “integração docente-assistencial” tem potencial não somente para a melhoria da formação e da educação permanente em saúde, mas também para fortalecer a gestão do conhecimento, por sua vez entendida como um processo estratégico e pluridisciplinar, visando alcançar os objetivos da organização graças a uma exploração ótima dos seus conhecimentos (Graham e col., 2006). A fase atual de desenvolvimento, baseada na incorporação de saberes, mostra a importância da introdução de inovações nos processos produtivos do conhecimento, um eixo que não é unicamente tecnoeconômico, mas incorpora, igualmente, um processo social, político e cultural (Rollemberg, 2009). Esse processo de incorporação de inovações não é linear, mas complexo, e requer assegurar a vinculação territorial entre produtores do conhecimento e usuários do mesmo.

Considerações Finais

A proposta de integrar ensino, pesquisa e serviços de saúde vem se consolidando no Brasil, nos últimos 30 anos, como fruto do movimento de redemocratização do país e do movimento de reforma sanitária brasileira, que culminaram na criação do SUS e na implantação de um novo modelo assistencial em saúde.

Neste artigo buscamos explorar algumas experiências que buscam operacionalizar as políticas voltadas à integração do ensino, pesquisa e serviços, tendência importante no campo da formação dos profissionais de saúde. Nos seus limites, analisamos algumas dimensões de distintas iniciativas que vêm sendo desenvolvidas e obtendo visibilidade em níveis nacional e internacional, no sentido de melhorar a formação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, gerando novas práticas e saberes. A integração ensino, pesquisa e serviços se apresenta, portanto, como estratégica para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo sistemas de saúde escola. Referida concepção é reforçada por estudo realizado por pesquisadores de diversos países (Frenk e col., 2010), que analisaram três gerações de reforma nos sistemas de formação dos profissionais de saúde. Os autores consideram ser a tendência atual da educação sua integração aos sistemas de cuidados em saúde (“*health-education systems*”), de forma a tornar a educação contextualizada, significativa, com impactos na melhoria dos sistemas de saúde.

Não obstante, a aproximação entre as funções do ensino, da pesquisa e dos serviços de saúde persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente. Os objetivos expressos nas letras nem sempre são acompanhados pelas práticas, domínio em que as subjetividades afloram e o poder é objeto de disputas. Assim, novos investimentos precisam ser feitos no sentido de desvelar as dinâmicas e os processos em construção que facilitem e impulsionem a integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde, que demandam práticas interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, de forma a superar a crise de conhecimentos e de valores da saúde no mundo.

Referências

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL(Canadá). *Responsabilités des RUIS*. 26 maio 2004. Disponível em: <http://www.med.mcgill.ca/ruis/Docs/Responsabilités_F.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.
- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Eduel; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1999.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. *Sanare*, Sobral, v. 5, n. 1, p. 33-40, 2004.
- ARTEAGA GARCIA, A. et al. La integración docente, asistencial e investigativa en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Ciudad de La Habana v. 26, n. 2, p. 350-2359, 010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252010000200015>. Acesso em: 30 nov. 2010.
- ARTEAGA HERRERA, J. J.; CHAVEZ LAZO, E. Integración docente-asistencial-investigativa (idai)*. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, Ciudad de La Habana, v. 14, n. 2, p. 184-195, 2000. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/emso8200.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2011.
- BARRETO, I. C. H. C. et al. A educação permanente e a construção de sistemas municipais de saúde-escola: o caso de Fortaleza (CE). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 34, p. 31-46, 2006.
- BARRETO, I. C. H. C. et al. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. *Tempus - Acta Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/396/379>>. Acesso em: 3 set. 2010.
- BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *A estratégia de educação permanente na saúde em Aracaju* - Aracaju, SE. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CEPS_ARACAJU_02-10.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2011.
- CASTANEDA ABASCAL, I. Elena et al. Universalización de la formación académica e investigativa para la obtención del doctorado en el sector salud: degree in the health care sector. *Revista Cubana Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 34, n. 4, dic. 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&p_id=So86434662008000400015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2013.
- COLET, N. R. *Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évaluer*. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, Quebec, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001.
- DEMO, P. *Educar pela pesquisa*. 8. ed. São Paulo: Autores Associados, 2005.
- ELLERY, A. E. L.; BARRETO, I. C. H. C.; BOSI, M. L. M. Sistema integrado de ensino, pesquisa e serviço: a experiência de Fortaleza. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, RECIFE. *Anais...* Rio de Janeiro: CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 2009.
- FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/66.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2011.
- FERREIRA JR., A.; BITTAR, M. A educação na perspectiva marxista: uma abordagem baseada em Marx e Gramsci. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 12, n. 26, p. 635-646, 2008.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MARSAGLIA, R. G. Estratégias para mudança na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 24-28, 1996.
- FEUERWERKER, L. C.; ALMEIDA, M. J. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/NEPP, 2002. p. 161-186.
- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento interno da *Rede Docente Assistencial* [s. d.] Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+asistencial&menu=0>> Acesso em: 26 mar. 2013
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, Londres, v. 376, n. 9753, p. 1923-1958, 2010.
- GARCIA GUTIERREZ, A. Los profesores de la universidad médica como expertos en la organización de salud. *Revista Cubana Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1995. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol21_1_95/spuo2195.htm>. Acesso em: 26 mar. 2011.
- GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Cherry Hill, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.
- KISIL, M.; CHAVES, M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994.
- OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-940, 2008.

QUEBEC. *Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux au Québec*. [s. d.]. Disponível em: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html>. Acesso em: 30 mar. 2011.

RAMOS, A. S. Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia” em debate a residência multiprofissional em saúde coletiva. In: SEMINÁRIO DO LABORATÓRIO PESQUISA E PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. 6, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ, 2006. p. 77-83.

REIBNITZ, K. S. et al. *Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis*: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 68-75, 2012. Suplemento 2.

ROLLEMBERG, M. H. G. Marcos institucionais de gestão da informação e conhecimento no Ministério da Saúde. In: MOYA, J.; SANTOS, E. P.; MENDONÇA, A. V. *Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: avanços e perspectivas*. Brasília: Opas, 2009. p. 39-43.

SANTANA, A. D. *Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores de saúde*: estudo do processo de construção da política de educação permanente do município de Aracajú-SE. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SISSON, M. C. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 92-103, 2009. Suplemento.

SOARES, C. H. A. et al. Sistema de Saúde Escola de Sobral-CE. *Sanare*, Sobral, v. 7, n. 2, p. 7-13, 2008.

UNIVERSITÉ DE MONTREAL. *Le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal*. [s. d.] Disponível em: <<http://www.ruis.umontreal.ca/a-propos-du-ruis-de-ludem/role.html>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

Recebido em: 04/08/2011

Reapresentado em: 01/10/2012

Aprovado em: 12/10/2012