

Luis Fernando Boff Zarpelon

**A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NAS ESCOLAS
MÉDICAS DO PARANÁ**

Tese apresentada a Universidade Federal
de São Paulo – Instituto de Saúde e
Sociedade, para a obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Santos-SP

2021

Luis Fernando Boff Zarpelon

**A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NAS ESCOLAS
MÉDICAS DO PARANÁ**

Tese apresentada a Universidade Federal de São Paulo – Instituto de Saúde e Sociedade, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

Santos-SP

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Z38g

Zarpelon, Luis Fernando Boff.

A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NAS ESCOLAS
MÉDICAS DO PARANÁ. / Luis Fernando Boff Zarpelon;
Orientador Nildo Alves Batista; Coorientador . --
Santos, 2021.

179 p. ; 30cm

Tese (Doutorado - Pós-graduação Interdisciplinar em
Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e Sociedade,
Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Serviços de Integração Docente Assistencial. 2.
Colaboração Intersetorial. 3. Educação Médica. 4.
Gestão em Saúde. 5. Integração Ensino Serviço
Comunidade. I. Batista, Nildo Alves, Orient. II.
Título.

CDD 610

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor do Instituto:

Profa. Dra. Virgínia Junqueira

Coordenador do Curso de Pós-graduação:

Profa. Dra. Alessandra Medeiros

Luis Fernando Boff Zarpelon

**A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NAS ESCOLAS
MÉDICAS DO PARANÁ**

Presidente da Banca

Orientador - Prof. Dr. Nildo Alves Batista – UNIFESP

Banca Examinadora

1º Membro – Prof. Dr. Odair Aguiar Junior – UNIFESP

2º Membro – Prof. Dr. Walfrido Kuhl Svoboda – UNILA

3º Membro – Prof. Dr. Márcio José de Almeida – Fac. Pequeno Príncipe do Paraná

4º Membro – Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino – UNESP

1º Suplente – Profa. Dra. Rosana Rossit– UNIFESP

2º Suplente – Prof. Dr. Robson Zazula – UNILA

Aprovada em: ____ / ____ / ____

A meus pais, Luiz Zarpelon (*in memoriam*)
e Ivonne Boff, que transformaram suas
dificuldades na vida em um caminho
macio e suave para mim.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Nildo Alves Batista cuja mão me conduziu pelos amplos caminhos da docência.

À Dra. Iolanda Maria Novadzki pelos valores e conhecimentos divididos nos passos iniciais do exercício da Medicina e que até hoje me sustentam.

À Maria Leandra Terencio pelo amor com que compartilhamos nossas vidas.

*“Before I built a wall I’d ask to know
What I was walling in or walling out,
And to whom I was like to give offense.
Something there is that doesn’t love a wall,
That wants it down.”*

(Robert Frost)

Resumo

Para superar os desafios da educação médica, a integração com o sistema de saúde deve estar no centro do desenho curricular da formação, da mesma forma que a organização do trabalho em saúde deve prever a incorporação de processos formativos permanentes em todos os níveis. Suportar a complexa rede resultante dessa integração, caracterizada por relações interinstitucionais, policêntricas, de natureza horizontal e interdependentes, requer novos modelos de gestão. O objetivo deste trabalho foi analisar os processos de gestão da integração ensino serviço comunidade nas escolas médicas do Paraná, apreendendo as concepções dos gestores sobre o tema, conhecendo as práticas de integração produzidas no território, identificando os fatores determinantes dessas relações, analisando os modos e processos de avaliação utilizados e as características gerenciais/operacionais existentes. Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, exploratório, descritivo e explicativo conduzido entre coordenadores de curso de escolas médicas com ao menos um ciclo formativo completo e gestores do SUS dos seus respectivos territórios. O conjunto final foi composto por 9 escolas médicas (75% do total elegível), sendo 4 públicas, 3 filantrópicas e 2 de fins lucrativos, correspondendo respectivamente a 80%, 75% e 100% das escolas elegíveis em cada segmento. O grupo de gestores foi formado por 4 secretários municipais e 3 diretores de regional de saúde das regiões de maior densidade populacional e com maior número de equipamentos de saúde do Estado, além de um representante da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço Comunidade. Os dados foram produzidos pela aplicação de entrevistas semi estruturadas em cinco eixos temáticos a partir de questões norteadoras que buscavam alcançar os objetivos estabelecidos e submetidos a análise de conteúdo de Bardin, na modalidade análise temática. Os resultados demonstram que os processos de integração configuram uma rede gestora de política e se expressam em termos dos efeitos produzidos por estas relações; que as práticas produzidas no cotidiano resultam de uma governança que não considera as características intrínsecas de uma rede gestora; que os fatores determinantes destas relações estão ligados ao arcabouço jurídico vigente, a capacidade em alinhar-se ao mesmo e aos mecanismos gerenciais envolvidos; que os processos avaliativos são frágeis, baseados em percepções, inconstantes, pouco priorizados e raramente utilizados para subsidiar as decisões; e que os processos gerenciais existentes não dão conta de atender as complexidades de um sistema em rede. A integração ensino serviço no território pesquisado, embora compreendida como uma rede gestora de política, não é gerida como tal. Disso resultam práticas inadequadas de integração, que inviabilizam o aprimoramento dos sistemas avaliativos, comprometem a formação consentânea e sobrecarregam em demasia o sistema de saúde. Os novos requisitos da formação médica, para além dos aspectos regulatórios, exigem uma formação que transcenda o aparato escolar e repouse sobre todo sistema de saúde, reclamando novos e complexos arranjos de governança entre escolas e serviços, para os quais o entendimento das redes gestoras de política é indispensável.

Palavras-chave: educação médica, integração ensino serviço comunidade, redes gestoras de política, educação baseada em sistemas de saúde

Abstract

To overcome the challenges in medical education, integration between medical schools and health systems should attend a central position in the curriculum design. In the same way, the organization of the health system must allow the inclusion of education processes at all levels. Supporting the complex network resulting from this integration, characterized by inter-institutional, polycentric, horizontal, and interdependent relations require new management models. The objective of this work was to analyze the management processes of teaching service community integration in medical schools in Paraná State. Apprehending the managers' conceptions on the theme, knowing the integration practices produced in the territory, identifying the determining factors of these relationships, analyzing the ways and processes of evaluation used and managerial characteristics concerned. It is a cross-sectional, qualitative, exploratory, descriptive, and explanatory study of which participated deans of medical schools with at least one complete training cycle and managers of the health system of schools' territories. The final set consisted of 9 medical schools (75% of the total eligible), 4 of which are public, 3 are philanthropic, and 2 are for-profit, corresponding to 80%, 75%, and 100%, respectively, of the eligible schools in each segment. The group of health system managers had 4 municipal health secretaries and 3 regional health directors who represented the regions with the highest population density and the largest number of health equipment in the State. In addition to a representative of the State Commission Integration Teaching Community Service. Data produced by the application of semi-structured interviews in five thematic axes based on guiding questions that sought to achieve the objectives established. Then submitted to content analysis by Bardin, in the thematic analysis modality. Results show that the integration processes between medical schools and the health systems configure to a policy management network and are expressed in terms of the effects produced by these relationships. Practices produced in quotidian result from governance that does not consider the intrinsic characteristics of a management network. The determinants of these relationships correlated to the legal framework, the ability to align with it, and the management mechanisms involved. Evaluation processes are fragile, based on perceptions, inconstant, slightly prioritized, and rarely used to support decisions and current management processes are not able to answer the complexities of a networked system. Integration between medical teaching and the health service, in the researched territory, although be understood as a policy management network, is not managed as such. Results in inadequate integration practices, which hinder the improvement of evaluation systems, hamper the appropriate training, and overburden the health system. The new requirements of medical education, in addition to regulatory aspects, require training that transcends the school apparatus and lies on the entire health system, demanding new and complex governance arrangements between schools and services, for which the understanding of policy management networks is indispensable.

Keyword: medical education, teaching service community integration, policy management networks, education based on health systems

Lista de Figuras

Figura 1	Representação da evolução das políticas nacionais de reorientação da formação profissional em saúde.	36
Figura 2	Mapa ilustrativo do estado do Paraná com as divisões das Regionais de Saúde, com destaque para as Regionais onde se localizam as Escolas de Medicina pesquisadas (PARANÁ, 2020).....	45
Figura 3	Distribuição percentual dos sujeitos pesquisados por área de formação e titulação.....	55
Figura 4	Distribuição dos indivíduos pesquisados por idade e tempo de permanência no cargo.	55
Figura 5	Frequência de referências aos grupos de categorias emergidas da pesquisa nos artigos sobre integração ensino serviço revisados.	106

Lista de Quadros

Quadro 1	Distribuição das Escolas Médicas pesquisadas por Regional de Saúde, indicando o ano de início do curso, o número de vagas ofertadas por ano e a característica da Escola quanto a sua natureza46
Quadro 2	Número de Escolas Médicas e população por Regional de Saúde pesquisada.....47
Quadro 3	Equipamentos de saúde por Regional de Saúde pesquisada.47
Quadro 4	População estudada de acordo com a instituição a qual está vinculada.48
Quadro 5	Dados de caracterização dos sujeitos pesquisados quanto a idade, sexo, formação, cargo ou função e tempo em anos no cargo.56
Quadro 6	Categorias emergidas das concepções de integração ensino serviço dos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.....58
Quadro 7	Categorias emergidas das práticas de integração ensino serviço do cotidiano dos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.....69
Quadro 8	Categorias emergidas a partir da identificação dos elementos facilitadores e dificultadores da integração ensino serviço pelos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.82
Quadro 9	Categorias emergidas a partir dos processos de avaliação da integração ensino serviço, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.92
Quadro 10	Categorias de gestão da integração ensino serviço emergidas, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.97

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	x
Lista de Quadros	xi
APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 A formação médica no Brasil	14
3.2 A organização dos serviços de saúde no Brasil	23
3.3 A integração ensino serviço na educação médica brasileira	30
3.4 A integração ensino serviço como rede gestora de uma política pública	36
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1 Fundamentação metodológica	43
4.2 O contexto da pesquisa	44
4.3 Participantes da Pesquisa	48
4.4 Processo de Produção de Dados	48
4.5 Análise dos dados	50
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	51
5 RESULTADOS	53
5.1 Caracterização dos sujeitos	54
5.2 Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço	56
5.2.1 Processo que aprimora a formação	58
5.2.2 Processo que contribui para o desenvolvimento do SUS	61

5.2.3	Processo que amplia o desenvolvimento de competências	65
5.2.4	Processo que induz a formação de uma rede gestora de política	66
5.2.5	Processo que induz mudanças curriculares	67
5.2.6	Processo promotor de responsabilidade social da escola.....	68
5.3	Práticas de integração ensino serviço evidenciadas	68
5.3.1	Prática adaptada à assistência	69
5.3.2	Prática condicionada pela realidade	71
5.3.3	Prática construída pelo alinhamento de interesses da academia.....	72
5.3.4	Prática condicionada por contrapartidas.....	74
5.3.5	Prática influenciada por dicotomias das redes gestoras de política.....	77
5.3.6	Prática fracamente institucionalizada	80
5.4	Fatores facilitadores e/ou dificultadores para a integração ensino serviço	82
5.4.1	Grau de alinhamento local às políticas nacionais de saúde e educação	83
5.4.2	Reconhecimento interinstitucional de complementaridade.....	84
5.4.3	Profissionalização das atividades de ensino	86
5.4.4	Grau de institucionalização da integração	87
5.4.5	Processos de gestão da integração dos envolvidos.....	88
5.4.6	Arcabouço jurídico vigente ligado a integração	90
5.4.7	Singularidades dos serviços que participam da integração.....	90
5.5	A avaliação da integração ensino serviço	92
5.5.1	Avaliação da integração fracamente institucionalizada	93
5.5.2	Falta de indicadores específicos para a integração.....	94
5.5.3	Condições estruturais disponíveis para a integração pouco sistematizadas	95
5.5.4	Inexistência de estrutura organizacional própria para a avaliação	96
5.6	Os processos de gestão da integração ensino serviço	96
5.6.1	Gestão que desconsidera a integração ensino serviço como uma rede.....	97
5.6.2	Ausência de estrutura própria dedicada à gestão da integração.....	99
5.6.3	Baixa capacidade da gestão em lidar com as antinomias	100
5.6.4	Instrumentos de contratualização pouco adequados	101

6 DISCUSSÃO	104
6.1 Uma visão geral a partir das 5 dimensões estudadas.....	105
6.2 Demarcando o entendimento da gestão da integração ensino serviço.....	107
6.3 Apresentando a discussão dos resultados da pesquisa	108
6.3.1 Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço.....	108
6.3.2 Práticas de integração ensino serviço produzidas.....	118
6.3.3 Fatores determinantes da integração ensino serviço	130
6.3.4 Modos e processos de avaliação da integração ensino serviço.....	143
6.3.5 Características gerenciais/operacionais da integração ensino serviço.....	149
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
Referências Bibliográficas	161
Apêndice 1 – Carta de Cessão do uso de Material Gravado	172
Apêndice 2 – Formulário de Caracterização dos Sujeitos	173
Apêndice 3 – Entrevista Semiestruturada	174
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	175
Anexo 2 – Parecer consubstanciado do CEP	176

APRESENTAÇÃO

As contradições e os problemas resultantes da formação médica tradicional, fruto de uma distorcida aplicação da concepção flexneriana e da excessiva fragmentação de conhecimentos, praticada nas escolas médicas brasileiras foi precocemente percebida por mim já na metade do curso médico.

Ainda sem bem compreender os porquês e as razões envolvidos no tema, não parecia adequado um currículo propor quase 40 horas/aulas por semana, distribuídas em inúmeras disciplinas pouco integradas e organizado eminentemente em atividades teóricas. As práticas, restritas apenas ao último ano e meio, eram executadas quase que integralmente nos cenários do Hospital Universitário.

O desconhecimento do sistema público de saúde e suas complexas relações com a sociedade, a incapacidade de correlacionar os conteúdos básicos com os clínicos, o exercício de uma prática centrada em procedimentos e não no cuidado, assim como uma formação isolada do contexto de outras profissões da saúde, produziam inquietações e impulsionavam a busca por compreender os efeitos produzidos nesse contexto.

A nítida divisão entre o grupo dos que desejavam seguir a tradicional carreira médica, tendo em seus maiores dilemas qual especialidade seguir, e o grupo daqueles que se voltava para a saúde pública, relacionada ao aspecto sanitário e preventivo, demonstrava bem a pouca compreensão daquele meio sobre a complexidade presente num sistema de saúde e a função do cuidado. Era, também, o momento em que nascia o Sistema Único de Saúde – SUS, embalado pelo movimento da Reforma Sanitária, o qual, ainda que perifericamente, eu começava a integrar, militando no Fórum Popular de Saúde de Curitiba.

Naquele momento as primeiras discussões sobre uma perspectiva ampliada de saúde e sobre o ensino médico passaram a ocupar significativo espaço na minha agenda de prioridades. Participei, como representante discente, do Grupo Gestor da Reforma Curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR) no início dos anos 90, das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, como representante discente no segmento dos usuários. E a partir disso, o Relatório Flexner e a Declaração de Alma Ata, entre outros, ajudaram a compreender os desafios que se apresentavam no campo do ensino em saúde e da construção de um grande sistema nacional de saúde.

Após 10 anos de prática médica convencional, representada pelo exercício da cardiologia em hospitais terciários, iniciei, em 2005, novo ciclo profissional, composto de atividades relacionadas à gestão pública, seja na direção de hospitais ou à frente de secretarias municipais de saúde.

Este período foi marcado por intensa vivência relacionada à construção do SUS, no campo eminentemente prático da gestão, em que as demandas por soluções dos problemas sociais adquirem características bastante agudas e os confrontos políticos ocupam papel relevante. Onde o interfaciamento com os movimentos sociais impõem modelos de gestão menos usuais às práticas dominantes na área médica.

Foi nesse período que exerci a presidência do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) de Curitiba e Região Metropolitana, que congregava, além da Capital do Estado, outros 28 municípios de realidades distintas em todos os seus aspectos políticos e sociais.

À época, o Ministério da Saúde lançava o Pacto pela Saúde, caracterizando um novo marco evolutivo na gestão do SUS. O Pacto reforçava a integralidade do cuidado e explicitava, com maior ênfase, a responsabilidade do gestor municipal com a saúde do seu cidadão. Apontava como imperativo a formação das redes assistenciais e a implantação das linhas de cuidado.

Praticamente nenhum município, a exceção dos grandes centros, seria capaz de ofertar esse cuidado integral ao cidadão. Tornava-se evidente, então, que a construção das redes assistenciais necessitava de instrumentos capazes de articular entes federados autônomos e independentes na busca desses objetivos comuns.

Um sistema de saúde único, financiado e gerido de forma compartilhada e horizontal necessitava, na operacionalização de suas ações, mecanismos que explicitassem responsabilidades de cada um, bem como proporcionasse a devida segurança jurídica ao processo. A conformação de redes interfederativas passava a se tornar tão essencial na garantia da saúde como direito, quanto o acesso aos serviços que o mesmo oferta.

Compreendidas as demandas de um sistema nacional de saúde, a partir da ótica do gestor, vejo-me novamente às voltas com o tema das relações interfederativas. Desta vez como docente de um curso de Medicina, de uma Instituição Federal de Ensino Superior, resultado de uma política conjunta do Ministério da Saúde e da Educação: o Programa Mais Médicos para o Brasil. Dentre

as várias intervenções propostas na carreira médica pelo Programa, uma em especial está ligada ao meu interesse: o estabelecimento de novas diretrizes e mecanismos para construção das relações entre as escolas médicas e o sistema de saúde.

Trabalhando a estruturação e a implantação de um curso médico em Foz do Iguaçu, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Medicina (DCNM), vejo-me novamente diante do desafio da construção de complexos instrumentos de gestão entre diferentes entes, que possibilitem o desenvolvimento da integração ensino serviço em saúde.

Se antes como profissional que via o trabalho que realizava, agora como docente que vê o trabalho para o qual prepara, desejo tomar como objeto de estudo a relação entre as escolas médicas do Paraná e o sistema de saúde de sua abrangência para, a partir disso, analisar, refletir e responder a questões que possam contribuir com o desenvolvimento dos processos de integração ensino serviço na formação médica.

1 INTRODUÇÃO

Para superar os desafios existentes em relação à formação de recursos humanos na área da saúde, de modo que os futuros trabalhadores incorporem os princípios e diretrizes do sistema de saúde que os acolherá, integrar instituições de ensino e os serviços de saúde é tarefa fundamental.

Em que pese a constatação, desde a década de 70, de que o perfil profissional dos egressos das escolas de saúde encontra-se desalinhado das necessidades de saúde da população (DIAS *et al.*, 2013) e que já em 1988 a Constituição Federal do Brasil atribuía ao SUS a responsabilidade por ordenar a formação de recursos humanos da saúde, conforme Art. 200, inciso III (BRASIL, 1988), somente a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, é que houve uma aproximação estratégica e de maior institucionalidade entre o campo da saúde e da educação, rompendo a desarticulação acumulada na implementação das políticas sociais envolvendo estes dois setores.

Como resultado, a articulação da formação profissional às práticas dos serviços de saúde teve significativo incremento, estando, entre as principais ações provocadas, a partir das Instituições de Ensino Superior (IE), a indução de mudanças nas graduações, buscando maior ênfase na Atenção Primária a Saúde (APS) (DIAS *et al.*, 2013).

A partir de então, experiências como o VerSUS, AprenderSUS, o Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões da Saúde, o Pro-Saúde e o Pet-Saúde, ancorados em diretrizes de uma nova proposta de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) sinalizavam para um crescente processo de reorientação da formação profissional em saúde, no qual o SUS assumia um protagonismo progressivo na direção da sua atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde.

Fruto das experiências acumuladas e da maior aproximação entre a saúde e a educação, em 2005 foi instituída a Portaria Interministerial 2.118, entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) para “cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 2005b). A partir de 2007 é criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e se redefinem as diretrizes da PNEPS. São criadas as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), comissões

intersetoriais e interinstitucionais permanentes, para apoio a elaboração e implementação desta política (BRASIL, 2007).

Observa-se a evolução e a expansão das bases construtivas dessa política, com as instâncias decisórias do SUS dividindo com as IE o protagonismo do processo. Gestores Estaduais e Municipais passam a compor as comissões de gestão dessas políticas, aportes financeiros para readequação dos serviços de saúde são feitos, os projetos passam a ser assinados em conjunto pelo Gestor Municipal e pelas IE, são apreciados nas CIES e pactuados nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) (BRASIL, 2009).

A instituição do Programa Mais Médicos para o Brasil, por meio da Lei 12.781 de 22 de maio de 2013, que tem entre suas finalidades a formação de médicos para o SUS, propõe a intensificação das políticas de integração entre escolas e serviços.

Em 20 de junho de 2014, por meio da Resolução n. 3 do Conselho Nacional de Educação, e obedecendo ao estabelecido na Lei 12.781/2013, são instituídas novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (DCNM). O perfil do egresso, o desdobramento da formação em três grandes áreas (Atenção, Gestão e Educação em Saúde) e a proposta pedagógica dos cursos, estabelecidos nestas diretrizes, impulsionam a formação médica, até então centrada no aparato formador, na direção de uma maior integração com os serviços.

Se as experiências anteriores de integração ensino serviço trouxeram poucos resultados efetivos na reorientação da formação médica, tiveram fundamental contribuição em gerar reflexões nas escolas médicas que progressivamente deixaram de ver nessa integração apenas a oportunidade de campo de estágio para seus alunos e passaram a enxergar este espaço como potencial transformador da realidade social e conseqüentemente do processo formativo.

Ao analisar os vários movimentos de reorientação da formação profissional em saúde percebe-se que a integração ensino serviço e a ênfase na APS aparecem como elementos principais das estratégias adotadas. De programas ou projetos isolados, a integração ensino serviço parece caminhar na direção de tornar-se uma política permanente.

Uma vez que a reestruturação dos modelos de atenção à saúde evidenciou a inadequação do ensino das escolas de saúde diante das necessidades da população é necessário que o ensino assuma um desenho de prática social em que

a produção de conhecimento, a formação acadêmica e a prestação de serviços sejam indissociáveis (NETTO CEZAR, 2010).

Neste contexto, a integração ensino serviço não pode mais ser enxergada como uma simples estratégia para reorientação da formação em saúde, mas deve constituir-se num dos elementos centrais do processo formativo do futuro trabalhador, uma vez que o objetivo final do processo formativo em saúde é melhorar as condições de vida e saúde da comunidade.

A integração com o serviço deve estar no centro do desenho curricular da formação em saúde, da mesma forma que a organização de trabalho dos sistemas de saúde devem prever a incorporação de processos formativos permanentes em todos os níveis.

Reconhecer que a saúde e a educação, enquanto campos do conhecimento e setores da organização social, precisam, em se tratando da formação de seus profissionais, construir um novo campo, é desafiador.

Para suportar a formação de uma complexa rede, resultante da integração entre escolas e serviços, pautada em relações intersetoriais e interinstitucionais, de natureza horizontal e interdependente, novos modelos de gestão deverão se desenvolver.

Muitos fatores têm concorrido para gerar a proliferação de redes de políticas públicas, particularmente no campo das políticas sociais. As redes têm sido vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos, os problemas são complexos, existem múltiplos atores envolvidos, interagem agentes públicos e privados, centrais e locais e há uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. A gestão destas redes é algo complexo e muitas vezes responsável pelo fracasso de programas, a despeito das boas intenções dos envolvidos (TEIXEIRA, 2002).

O aprimoramento das formas de gestão e planejamento que gradativamente vem ocorrendo no SUS, necessários à construção das redes de cuidado, preveem colegiados compostos pelos entes envolvidos, cujas decisões consensuais devem ser consubstanciadas em documentos jurídicos como contratos organizativos e de ação pública (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Esta modalidade de instrumento foi trazida para o campo da integração ensino serviço pela Lei 12.781/2013, que estabelece em seu Art. 12, da Seção Única do Capítulo III, que as Instituições de Ensino Superior (IE) ofertantes de cursos de

graduação em medicina ou programas de residência médica, poderão firmar com os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, na qualidade de gestores, Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), a fim de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de medicina e as vagas de residência médica, promover a estruturação de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade e, por último, permitir a integração ensino serviço na área da atenção básica (BRASIL, 2013).

As DCNM de 2014 também mencionam estes contratos, em dois artigos. No Art. 24 refere-se ao instrumento como viabilizador de cenários de formação, propondo a realização dos estágios dos cursos de medicina por meio de parcerias estabelecidas mediante celebração do mesmo. E no Art. 35 incumbe, em caráter prescritivo, aos cursos de graduação em medicina, através dos COAPES, o papel de desenvolver ou fomentar a participação de profissionais da Rede de Saúde em programas permanentes de formação e desenvolvimento, com vistas a melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática e da qualidade da assistência a população (BRASIL, 2014a).

A partir destes movimentos, Portarias Interministeriais do MEC e MS vêm estabelecendo diretrizes nacionais a fim de garantir, às escolas médicas, o acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob responsabilidade do SUS, simultaneamente a determinação de que as escolas adequem seus currículos à formação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e, finalmente, que ambos se corresponsabilizem pelo ensino e pelo enfrentamento dos problemas de saúde da população, com a participação ativa da comunidade.

Para isto, define um único contrato para cada região, reunindo todas as IE e programas de residência em saúde, atribui a coordenação do processo ao gestor municipal do SUS, sede das IE, e estabelece as atribuições de todos os envolvidos. Por último, ordena que o contrato seja aprovado nas instâncias deliberativas do SUS, as Comissões Intergestoras (BRASIL, 2015).

A integração ensino serviço, antes normalmente restrita a acordos entre duas instituições, uma da saúde e outra da educação, ganha, agora, novos e mais complexos contornos. De um lado esse novo cenário pode ajudar a superar dificuldades como as instabilidades políticas provocadas pelas mudanças dos gestores, o isolamento das IE em relação aos serviços e à sociedade, as

dificuldades com as demandas de campo de práticas e os conflitos quanto aos compromissos em relação à preceptoria e à responsabilidade sanitária.

Por outro lado, a gestão intergovernamental altera significativamente a forma de relacionamento entre estes entes, que passam a discutir os interesses e realidades locais numa relação horizontal e policêntrica, tendo na negociação e no consenso as únicas formas de avanço.

Analisar os processos de gestão das relações de integração ensino serviço, a partir dos atores envolvidos com os processos diretivos poderá trazer grandes contribuições ao campo de estudo da formação em saúde.

Para isto, responder às seguintes questões norteadoras será fundamental.

1. Com que concepção de integração ensino serviço trabalham os gestores?
2. Como se manifestam as práticas dessa integração nos seus territórios?
3. Que fatores são considerados facilitadores e/ou dificultadores dessas relações?
4. Como tem sido avaliadas essas relações no território estudado?
5. Quais as principais características da gestão desses processos?

As potencialidades que se abrem com a oportunidade da implantação de uma política robusta de integração ensino serviço, associados a complexidade da gestão desse processo, a tornam um importante objeto de estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os processos de gestão da integração ensino serviço nas escolas médicas do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Apreender as concepções da integração ensino serviço da população do estudo;
- Conhecer as práticas de integração ensino serviço nos territórios estudados;
- Levantar os principais fatores facilitadores e dificultadores encontrados pela população do estudo no desenvolvimento da integração ensino serviço;
- Analisar os processos avaliativos da integração ensino serviço no contexto dos sujeitos da pesquisa; e
- Analisar os principais processos de gestão das relações de integração ensino serviço nos territórios estudados.

3 REFERENCIAL T ORICO

3.1 A formação médica no Brasil

Em 1808, como consequência da vinda do Príncipe Regente para o Brasil, ocorreu a criação do primeiro curso Médico-Cirúrgico no País, em Salvador, na Bahia. Poucas semanas depois, a Família Real embarcou para o Rio de Janeiro, e lá o Príncipe Regente criou a segunda escola médica. A criação destes cursos marca o início do ensino médico no Brasil e o fim da atuação dos físicos e cirurgiões formados na Europa (BATISTA *et al.*, 2015).

Em 1832, fruto dos debates das primeiras corporações médicas que resultaram num projeto de reforma do ensino médico no Brasil, as duas Academias foram transformadas em Faculdades de Medicina, o que de acordo com Prata (2010) pode ser considerado a “maioridade” do ensino médico no Brasil. Este processo configurou a implantação do modelo anatomoclínico francês, que valorizava a formação médica no ambiente hospitalar e o ensino individualizado de beira de leito (EDLER; FONSECA, 2006).

Também, com o aumento das cidades, as discussões relativas a endemias e saúde pública ganham espaço e aparece a primeira geração de médicos sanitaristas (BATISTA *et al.*, 2015). Para alguns autores, nascia assim, a separação entre Medicina Curativa e Medicina Preventiva.

O século XX, para a educação médica brasileira, caracterizou-se por dois grandes movimentos. O de significativa expansão no número de escolas médicas, ainda que sem nenhum ordenamento, e o surgimento de várias experiências, voltadas a integração ensino serviço e ao fortalecimento da atenção básica, que serviram de base para as atuais políticas de reorientação da formação médica.

De três escolas no final do século XIX o Brasil passou a quinze no final da década de 30 e chegou à metade do século XX com dezesseis escolas. Esse processo deu-se num ambiente de grandes modificações na sociedade brasileira, com a criação de marcos legais importantes na educação, como a Lei Orgânica Rivadávia Correia, de 1911, que reorganizou o ensino superior, instituiu o vestibular, deu liberdade de ensino para os estados e incentivou a abertura de faculdades em cidades que possuíssem mais de cem mil habitantes e a Lei Carlos Maximiliano de 1915, que trouxe novos rumos para a organização do ensino médico. As normas e diretrizes dessa primeira metade do século XX favorecem a criação das universidades, expressando o papel centralizador e de controle do Governo Central

do ensino superior. Nessa época todas as escolas eram públicas, localizadas nas capitais e bastante elitizadas (BATISTA *et al.*, 2015).

Deste período a criação do Conselho Federal de Medicina (1945), a Associação Médica Brasileira (1951), que criou a Comissão de Ensino Médico (1956) e os Conselhos Regionais de Medicina (fim da década de 50). A expansão das escolas médicas fez surgir a necessidade de acompanhar, regulamentar e organizar a formação e a profissão de médico no Brasil (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Entre 1950 e 1966 foram criadas 27 novas escolas médicas, sendo 20 públicas e 7 particulares. A segunda expansão significativa de escolas médicas ocorreu no período compreendido entre 1967 e 1972, com 32 novas escolas criadas e implantadas, sendo 25 particulares e 7 públicas. Nota-se nítida inversão da presença da natureza pública das instituições, que de 4 escolas particulares no início da década de 60 salta para 29 em 1972. Esse fenômeno deu-se num contexto de desenvolvimento econômico associado a carência de profissionais médicos no País, num período em que o investimento federal no ensino superior foi mínimo, com a lógica de expansão acompanhando o mercado, concentrando-se as novas escolas nas regiões mais desenvolvidas do País (especialmente o Sudeste) e com o modelo pedagógico flexneriano (BUENO; PIERRUCCINI, 2005; EDLER; FONSECA, 2006; BRIANI, 2003).

Em 1971 o crescimento desordenado das escolas médicas levou a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) a produzir o documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil”, o qual propiciou a criação da Comissão de Ensino Médico do MEC, que produziu o “Documento n.1”, endossando o conteúdo do documento da AMB e subsidiando a elaboração de portaria que determinava a suspensão da implantação de novas escolas médicas. Até 1987 nenhum novo curso foi autorizado. A posterior constatação de que a despeito da falta de planejamento, de recursos didáticos e de corpo docente durante a expansão descontrolada, o número de escolas estava aquém do necessário, a partir de 1987 a expansão voltou a acontecer (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Nas décadas de 80 e 90 vinte novas escolas foram criadas e implantadas, sendo 4 públicas e 16 privadas. No ano 2000 mais quatro escolas foram criadas e o Brasil adentra o século XXI com 99 escolas médicas. De 2001 a 2015 foram criadas 138 novas escolas médicas. Destas 31 em Instituições Federais de Ensino Superior,

12 estaduais, 5 municipais e 90 privadas (disponível em www.escolasmedicas.com.br).

Na perspectiva pedagógica, o ensino médico da primeira metade do século XX, em nível mundial, reflete as ideias contidas no Relatório Flexner. Por diferentes movimentos e processos, essas ideias chegam aos países da região latino-americana, notadamente após a II Guerra Mundial e induzem políticas, programas e projetos que articulam as relações entre ensino e serviços de saúde, durante todo esse período. No Brasil, a efetiva incorporação dos postulados flexnerianos se deu com a Reforma Universitária de 1968 (BATISTA *et al.*, 2015).

Praticamente ao mesmo tempo do movimento de implantação do Relatório Flexner nas escolas médicas brasileiras, outros movimentos buscavam a reforma da prática médica a partir de mudanças localizadas na formação, sendo a incorporação de disciplinas de Medicina Preventiva nos currículos de Medicina a principal estratégia para atingir esse objetivo. Este processo evidenciou a necessidade de novas articulações entre ensino e serviços. (ALBUQUERQUE, 2009; BATISTA *et al.*, 2015).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), criada em 1962, emitia recomendações para a melhoria do ensino médico que apontavam, já em 1971, para uma formação médica orientada para a resolução dos principais problemas de saúde da população e com a capacidade de atuar nos diversos níveis da cobertura de atendimento. Elas envolviam a criação, supressão ou transformação de disciplinas; reorganização curricular, com alterações na seriação, no conteúdo e na carga horária das disciplinas; ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social; preparo didático-pedagógico dos docentes; definição dos objetivos educacionais; aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação; integração das disciplinas dos ciclos básico e profissional, com antecipação da experiência clínica do estudante; e utilização dos ambulatórios no ensino e criação do internato (EDLER; FONSECA, 2006).

Para Nunes (1994) é interessante que as reformas que vão ser defendidas aparecem estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico, e não de reforma direta das práticas médicas, resultando durante os anos 60 e 70, em experiências inovadoras em universidades públicas, com o objetivo de superação do modelo de ensino médico vigente.

Outro grande marco no ensino médico foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, (URSS, 1978). Após a reunião de Alma-Ata, vários países reformularam suas políticas de saúde e reorientaram o ensino médico. Várias escolas brasileiras perceberem a importância da atenção primária e reforçaram a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades fora do serviço-escola (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Em 1986 a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, aprovou a “Carta de Ottawa”, e em 1988, em Edimburgo (Escócia), ocorreu a I Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela WFME (*World Federation for Medical Education*), pela OMS e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) onde se reafirmou a necessidade de redirecionar a educação médica para a realidade social e a promoção da saúde (BATISTA *et al.*, 2015).

Em 1993, a II Conferência Mundial em Educação Médica, também em Edimburgo, propôs um novo pacto de integração entre instituições formadoras, serviços de saúde e sociedade. As principais reformas curriculares dos cursos de medicina no Brasil foram iniciadas a partir da realização da Conferência de Edimburgo e por ela foram impulsionadas e claramente influenciadas (MARTINS, 2008; MARCIÃO, 2015).

A vinculação entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviço na área de saúde, através da Integração Docente-Assistencial (IDA), deu-se na década de 1970 por meio da influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A IDA foi definida como a união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequadas às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (MARSIGLIA, 1995 *apud* GONÇALVES *et al.*, 2011).

No início dos anos 1990 surgiram os programas UNI (Uma Nova Iniciativa) que definiam na formação de profissionais da saúde a união com a comunidade. Objetivava à integração escola-serviço-comunidade, reunindo os estudos epidemiológicos, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e a utilização do serviço como cenário de ensino e aprendizagem. Os programas UNI foram vistos como os grandes protagonistas para a mudança de paradigma, uma espécie de arcabouço conceitual do pensamento, do trabalho e ação no setor saúde. O projeto foi implementado em poucas escolas médicas brasileiras, mas, embora

com alguns avanços nas mudanças curriculares, a participação de docentes e profissionais da saúde ainda foi escassa (ALMEIDA, 1999; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009; GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde propõe a formulação de um novo modelo de saúde pública universal, rompendo a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual e a intensa privatização no sistema de saúde brasileiro (BATISTA *et al.*, 2015).

Relativamente a política de recursos humanos propunha que o novo sistema reger-se-ia pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus recursos humanos; a formação dos profissionais de saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde; e os currículos da área da saúde deveriam ser integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas, além de ordenar a formação dos trabalhadores para o sistema nacional de saúde (CECCIM; BILIBIO, 2002; FALLEIROS; LIMA, 2010).

No início dos anos 90 as debilidades do ensino médico e o questionamento mais incisivo do perfil dos formandos das escolas médicas assumem um maior espaço de discussão pública (ALMEIDA, 1999). Há um reconhecimento nacional e internacional da necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde. Visando à formação de recursos humanos que atendessem às demandas do SUS e o compromisso em dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico amplamente propalada na sociedade no âmbito da corporação médica, organiza-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), criada a partir de uma iniciativa do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da ABEM no XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Cuiabá (BATISTA *et al.*, 2015). Decidiu-se por “criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico do Brasil” (CINAEM, 1994).

A CINAEM permaneceu em atividade entre 1991 e 2000 e o resultado das três fases do seu trabalho propuseram um novo processo de formação pautado na profissionalização do corpo docente, numa gestão que favorecesse transformações e num sistema avaliativo adequado. Assim, ao final desse processo, sustentava-se uma proposta direcionadora desse novo modelo de formação em medicina, que foi de grande importância na elaboração das DCNMs, em 2001 (BATISTA *et al.*, 2015).

De outro lado o interesse por um médico diferente do que estava atuando no mercado persistia e a estratégia de transformação da prática médica foi a criação de

um novo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, que exigia outro perfil profissional, diferente do que até então captava o mercado médico liberal. Nesse contexto, em 1994, tem início o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem sido a estratégia de reorganização da atenção básica no país e de todo o modelo assistencial (BATISTA *et al.*, 2015).

A Rede UNIDA, em 1996, representou novo marco para a transformação do modelo de atenção a saúde, resultante da integração das experiências dos projetos UNI e Rede IDA, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (COSTA *et al.*, 2012).

Nesse mesmo ano, um marco educacional fundamental é a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional com a proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais. A ausência de uma formação comprometida com o SUS e a perspectiva constitucional de que este Sistema deveria ser o ordenador da formação profissional, faz com que as Diretrizes Curriculares Nacionais possibilitem alcançar um perfil de egresso comprometido com estas demandas sociais. Ainda que o modelo flexneriano não tenha sido superado por completo é indiscutível a importância desses movimentos de mudanças que, no decorrer das últimas décadas do século XX, articulados a um conjunto de ações e projetos nacionais e internacionais, empreenderam esforços importantes na direção de novos paradigmas de saúde e de educação (BATISTA *et al.*, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde, em 2001, principalmente para o curso médico, representaram um importante marco político no processo formativo. Apontavam na direção de atender ao dispositivo constitucional que atribuía ao SUS o ordenamento da formação de recursos humanos em saúde, evidenciando a necessidade de romper com os modelos formativos vigentes. Os processos de implementação das DCN representaram importantes movimentos de mudança na formação médica no país. (STREIT *et al.*, 2012).

O SUS representa um grande desaguadouro de forças desse movimento de transformação no campo de atenção a saúde, bem como de influência na área de formação, especialmente da medicina (OLIVEIRA, 2007).

Dentre as ações interinstitucionais e intersetoriais que representam isso, ressaltamos o Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, que representou avanço significativo no campo das políticas públicas, ainda que abrangesse apenas o ensino médico e, principalmente dentro desse universo, só atingiu 19 cursos, quando existiam, na época, no Brasil 118 instituições formadoras (AMARAL, 2002).

Mas é em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que houve uma aproximação mais efetiva entre os Ministérios da Saúde e da Educação, sinalizando que o MS se corresponsabilizava com a formação em saúde, com a ordenação dos recursos humanos e a gestão do trabalho.

A Secretaria tinha como responsabilidades: formulação de novas políticas orientadoras da formação e do desenvolvimento de profissionais na área da saúde; planejamento de atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde; articulação entre órgãos educacionais, sindicatos e conselhos profissionais; integração dos setores da Saúde e da Educação para fortalecer as instituições formadoras; coordenação de ação visando integração das relações entre gestões federal, estaduais e municipais do SUS, relativos à formação e qualificação profissional; planejamento de ações visando à promoção da educação em saúde, do fortalecimento dos movimentos populares no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde; coordenação de ações de promoção da participação dos trabalhadores no SUS na gestão dos serviços; planejamento de ações para regulação das profissões de saúde (BRASIL, 2003).

No âmbito da SGTES foram criados o VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde e o AprenderSUS, ampliando as possibilidades de integração entre as Instituições de Ensino e o SUS. Ainda em 2004 as diferentes associações de ensino dos cursos da saúde, juntamente com a Rede UNIDA, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) criam o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), que ocupa lugar de destaque no debate da reorientação da formação em saúde.

No final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-saúde, para os cursos de Medicina, Enfermagem e

Odontologia surge como proposta de reorientação da formação profissional a partir da integração ensino serviço, com incentivo financeiro também para os municípios que abrigam as escolas. Em 2007 o programa é ampliado para as 14 profissões da área da saúde (BRASIL, 2005b).

Outra importante política indutora foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), de 2008, que pressupunha a integração ensino serviço comunidade com base nas necessidades do SUS (BRASIL, 2011b).

Neste contexto outro elemento aparecia com maior ênfase: a necessidade de ampliar o número de médicos formados, bem como a necessidade de fixar estes profissionais em determinadas regiões especiais, a fim de garantir o atendimento às demandas nos serviços de saúde.

Para enfrentar mais este desafio surge, em 2013, o Programa Mais Médicos, lançado por meio da Medida Provisória Nº 621 e convertida na Lei 12.871, de 2013. O programa surge com o intuito de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Dos seus oito objetivos quatro relacionam-se diretamente a questões inerentes a educação, quais sejam: aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico durante a formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

A partir dos objetivos estabelecidos no Programa, uma série de medidas são adotadas. Entre elas a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Equação de difícil solução, há que se ressaltar, uma vez que, historicamente, recursos humanos, financeiros e estruturais foram destinados às regiões a partir de critérios que levavam em conta, principalmente, a capacidade histórica da produção de serviços. Isso hipertrofiou algumas áreas e acentuou a formação de bolsões de desassistência em outras.

Outra medida adotada, de grande significado, foi o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País. A Lei estabeleceu que o funcionamento dos cursos de medicina está sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e deu ao CNE prazo de cento e oitenta dias para elaboração de resolução que adeque a matriz curricular dos cursos de graduação em medicina para atendimento ao disposto na Lei 12.871 (BRASIL, 2013).

As novas DCNM promulgadas assumem o compromisso da formação médica com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), interligando o ensino, a pesquisa e a extensão ao serviço e assumindo as três áreas formativas preconizadas: Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (BATISTA *et al.*, 2015).

Outros pontos importantes dizem respeito ao envolvimento dos gestores locais do SUS no processo de abertura de novas escolas médicas, à ampliação de vagas de residência médica buscando equivalência com o número de egressos das escolas médicas do ano anterior e a Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como acesso a maioria dos programas de residência médica.

A magnitude do programa instituído demonstra o entendimento de que a melhora na formação de recursos humanos médicos melhora a assistência, bem como melhorar a assistência é imprescindível à qualificação da formação de recursos médicos.

O grau de integração necessário entre as políticas públicas de assistência à saúde e de formação de recursos humanos, ambos sistemas de grande complexidade interna, agregam novos desafios a criação de instrumentos de gestão capazes de possibilitar a efetiva implantação de audaciosos objetivos.

Todo este movimento, de reordenação da formação médica e que em última análise representa a necessidade de novos arranjos na organização do sistema nacional de saúde podem ser mais bem compreendidos à medida em que percebemos que o nascimento desse grande sistema nacional de saúde, fruto de um dos maiores movimentos político-sociais da história do Brasil, o SUS, aconteceu cento e oitenta anos após o que podemos considerar o nascimento da educação médica no País.

3.2 A organização dos serviços de saúde no Brasil

O SUS com pouco mais de duas décadas e meia de existência tem estruturado e consolidado um sistema público de saúde, de âmbito nacional, de grande relevância para a sociedade brasileira.

Desde antes do nascimento do SUS, movimentos que impulsionaram a descentralização, como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e as AIS (Ações Integradas de Saúde), em que as ações ocorriam em cogestão entre o nível central e estados e municípios, já permitiam antever os grandes desafios porvir, diante da complexidade de se construir um sistema de saúde capaz de abranger a integralidade do cuidado de saúde e bem levar a diante o que viria a ser sua missão constitucional.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, cristalização das amplas discussões acumuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Os três grandes referenciais eram: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (CONASS, 2006).

O momento político era de forte rejeição à centralização imposta autoritariamente pelo regime militar, de modo que a descentralização se associava a democratização. Nesse contexto, iniciou-se a descentralização de competências e receitas tributárias a Estados e Municípios, com uma clara preferência na Saúde, pela municipalização (CONASS, 2006).

Com a promulgação da 8ª Constituição do Brasil, em 5 de outubro de 1988, que em seu artigo sexto estabelece:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

e, mais adiante no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Temos a instituição formal do resultado desse movimento iniciado na segunda metade do século XX, fruto do esgotamento do modelo médico assistencial privatista, que privilegiava uma prática médica curativa e individual.

O SUS, inspirado no debate da Reforma Sanitária Brasileira, tem sido analisado como a maior política de inclusão social do País (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Compreender que o direito à saúde como colocado exige a superação de desigualdades e, portanto, a construção de uma sociedade justa e democrática, dá à missão central do SUS um novo e mais abrangente contorno. Dentro desta linha, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, de modo a garantir o direito ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, ao lazer, entre outros. É para tanto, reconhecer o ser humano como ser integral (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Entendendo que cabe, especificamente, ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa e compreendida a amplitude do conceito de saúde, o nível de articulação intra e intersetorial necessários a consecução dessa política lançam um enorme desafio de gestão. E, não sem razão, quatro elementos relacionados a gestão do sistema têm sido considerados fundamentais: a descentralização, o financiamento, a gestão do trabalho e o controle social.

Decorrente da Constituição Federal de 1988 foi a elaboração em 1989 e 1990 da Lei Orgânica da Saúde – a Lei 8.080, que se propõe em seu artigo 1º a regular, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde de modo geral. E que, mais adiante, em seu artigo 4º define que o conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde – SUS. Estabelece, ainda, objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, recursos humanos e financiamento.

No Capítulo III, que trata da Organização, da Direção e da Gestão, ou seja, das bases que operacionalizarão o sistema, evidencia-se fortemente a necessidade de mecanismos capazes de permitir o compartilhamento de gestão dos entes federados municipais, estaduais e federal, independentes e autônomos, assim como

a necessidade da construção de práticas intersetoriais. Condições sem as quais será impossível atingir aquilo que a própria lei estabelece (BRASIL, 1990).

Os vetos presidenciais à participação popular e ao controle social na Lei 8.080, levaram, após intensa reação da sociedade civil organizada, a aprovação da Lei 8.142 de dezembro de 1990 que regula a participação da comunidade no SUS.

O conjunto formado pela seção de saúde da Constituição Federal e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 constituem o arcabouço jurídico, constitucional e infraconstitucional do SUS.

Se anteriormente aos excluídos era reservado o atendimento ambulatorial em unidades de medicina simplificadas, ou hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes, um dos primeiros e mais importantes resultados produzidos pelo SUS foi romper a trajetória de formação do Estado brasileiro centralizador e por fim a cidadania regulada, na qual direitos sociais vinculavam-se a inserção no mercado de trabalho (CONASS, 2006).

A reforma sanitária brasileira, de acordo com a caracterização de reformas sanitárias proposta por Ham (1997), poderia ser considerada uma reforma *big-bang*, por sua coincidência com uma janela histórica representada pelo fim do regime militar e pela profundidade das mudanças propostas. Entretanto, foi politicamente construída e por longo tempo negociada com vários atores sociais importantes neste cenário. Esse sistema, de fato, reforma-se continuamente durante sua existência, adotando outros tipos de reforma sanitária caracterizados por Ham (1997), de acordo com momentos distintos da história.

A partir da constituição jurídica do SUS, o mesmo foi se recriando a partir de reformas incrementais leves, representadas pelas normas operacionais, obtidas por consensos das três esferas de governo, após longas negociações e materializadas em Portarias Ministeriais (CONASS, 2006). Ainda que em alguns momentos tenha havido a reforma sem reforma, como caracteriza Ham (1997), marcada pela extrema dificuldade na obtenção de consensos, em razão da existência de pontos inegociáveis entre os diferentes atores do processo, remetendo as mudanças a um plano adjetivo.

A primeira Norma Operacional Básica (NOB n. 01/1991), fornecia instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. Editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tinha ainda forte conotação centralizadora (BRASIL, 1991).

A NOB n. 01/1992, normaliza a assistência à saúde e dá forma concreta a instrumentos operacionais. Manteve a estrutura da anterior e avançou com o Pro-Saúde (Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde) (BRASIL, 1992).

O avanço no processo de descentralização, com impulso a municipalização, veio com a NOB n. 01/1993 que institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, além de estabelecer as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena. O processo decisório começa a ser compartilhado (BRASIL, 1993).

Novo e significativo avanço veio com a NOB n. 01/1996 que redefiniu o modelo de gestão do SUS. Consolidou o processo de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde. Redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados e instituiu a gestão plena do sistema e a gestão plena da atenção básica. Formou a compreensão de que a viabilização da atenção integral à saúde passa pelo disciplinamento das relações entre as três esferas de governo (BRASIL, 1996).

A partir de 2001 e em 2002 novo instrumento de gestão do SUS é lançado. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS. Ampliavam-se as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecia-se o processo de regionalização, criavam-se mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do Sistema e atualizavam-se os critérios de habilitação de estados e municípios. Resultaram os Planos Diretores de Regionalização e Investimentos e introduziu-se a ideia de redes de assistência (BRASIL, 2002).

Em 2006, por um modelo esgotado pela dificuldade de impor-se normas gerais a um país tão grande e desigual e pela fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual tratados com detalhamento excessivo e enorme complexidade, as normas operacionais são substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Por este acordo se institui um sentido de gestão por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada (CONASS, 2006). Os processos de habilitação são substituídos pela adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso

de Gestão. Todos os gestores passam a ser plenos na responsabilidade pela saúde de seus cidadãos.

O Pacto pela Vida representa o conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite. O Pacto de Gestão valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as responsabilidades nos Termos de Compromisso de Gestão. E, finalmente, o Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre gestores com a consolidação do processo de reforma sanitária e articula ações para consolidar o SUS como política pública (BRASIL, 2006).

A regionalização solidária e cooperativa aparece como eixo estruturante do processo de descentralização. As várias formas de repasse dos recursos federais de custeio são agrupadas e critérios de equidade nas transferências fundo a fundo são formuladas.

Em que pese os enormes avanços do SUS e as inegáveis conquistas para a população brasileira alguns desafios ainda persistem. O desafio da universalização, do financiamento, do modelo assistencial, da gestão do trabalho, da participação social e do modelo institucional representam grandes temas que surgem quando discutimos barreiras a superar na consolidação do SUS como um sistema público universal capaz de atender com qualidade a toda população brasileira. O que queremos tratar neste momento é da superação do desafio do modelo institucional proposto.

Somos um País federativo. E, como consequência, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pelos três entes federativos: União, Estados e Municípios.

Em que pese os avanços proporcionados pelo SUS se deverem à contribuição parceira dos governos federal, estaduais e municipais, há desafios no plano institucional relacionados às características da federação brasileira, à crise do federalismo fiscal e ao modelo descentralizador adotado na saúde que devem ser superados (CONASS, 2006).

Para Elazar (1987) a essência do federalismo é o equilíbrio entre o governo nacional e os governos subnacionais e entre a cooperação e competição interfederativas. Justifica-se a solução federalista para manter unidade na diversidade.

Para Abrúcio (2002) há dois tipos de relacionamento intergovernamental no federalismo: o competitivo, que estimula a competição entre os entes federados, a

fim de que os governos aumentem a responsividade e o cooperativo, que pressupõe submeter o auto interesse ao interesse de todos. Na realidade, as experiências federativas combinam ambos, sendo desejável um equilíbrio entre elas. Ainda, o federalismo cooperativo admite duas alternativas: o federalismo interestadual e o intra-estatal. Enquanto no primeiro há uma clara separação de poderes entre os níveis de governo, minimizando as competências concorrentes, no segundo prepondera um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas, sendo a delimitação de competências menos visível com ênfase na participação em colegiados de decisão e monitoramento. O SUS aproxima-se de uma experiência de federalismo cooperativo e intra-estatal. O componente cooperativo se manifesta na instituição de instâncias permanentes de pactuação, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), nas transferências fundo-a-fundo, que prescindem dos convênios, e no desenvolvimento de sistemas solidários, como os consórcios intermunicipais de saúde, para solução de problemas comuns, mas que por vezes desenvolveram uma competição predatória no sistema, ao definir regramentos e valores de pagamentos próprios aos prestadores, introduzindo assimetrias no sistema.

Em países de forte tradição centralizadora, como o Brasil, a cooperação pode ser resultado de uma linha hierárquica descendente, que enfraquece a autonomia dos governos subnacionais (ABRÚCIO, 2002), como pudemos observar no federalismo sanitário brasileiro dos primeiros catorze anos do SUS, com a gestão ocorrendo por meio das Normas Operacionais.

Outro problema de ordem jurídica é a inexistência de um instrumento legal que garanta uma vinculação efetiva em relação ao que foi pactuado. A forma jurídica da pactuação interfederativa é o convênio, um mecanismo vertical, de regras unilaterais de relacionamento (CONASS, 2006).

A resposta ao regime militar autoritário e centralizador foi a descentralização de competências e recursos. A forma basilar de descentralização foi o federalismo fiscal. Com o passar dos anos reduziu-se a participação da União e aumentou-se a de Estados e municípios. A situação econômica também não se mostrou favorável e o gasto público encontrou no aumento da carga tributária a forma de financiamento. Essa crise fiscal acabou por colocar em risco o equilíbrio do federalismo brasileiro. Ou seja, a superação da crise do federalismo fiscal passará por uma reforma tributária ancorada em quatro pontos: repartição do poder de tributar; regime de

transferências compensatórias; mecanismos de cooperação intergovernamental; e incentivos ao desenvolvimento regional (IPEA, 2006 *apud* CONASS, 2006).

Por último, o processo de descentralização brasileiro que ao tempo em que colocou a responsabilidade pelas políticas públicas mais próxima dos cidadãos e aumentou a oferta local de serviços, veio acompanhada de forte contenção dos recursos públicos estabelecendo uma competição entre os entes federados em que cada qual pretendeu repassar seus custos aos outros. Também a criação desordenada de municípios, especialmente após a Constituição de 1988, em sua grande maioria com menos de vinte mil habitantes favoreceu a fragmentação de serviços introduzindo elementos de competição predatória nos sistemas sociais (CONASS, 2006).

O Pacto pela Saúde criou um ambiente de maior favorecimento ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS, embora as políticas dos governos subnacionais ainda sejam muito dependentes do poder normativo e econômico do Ministério da Saúde. O poder normativo do Ministério da Saúde além de quantitativamente dominante é qualitativamente inadequado, pois produz normas abrangentes e detalhistas, que desconsideram realidades locais e regionais, deixando pouco espaço para recriações segundo singularidades de cada região.

O aprimoramento dos instrumentos de gestão e planejamento que gradativamente vem ocorrendo no SUS, bem como com a melhor compreensão das questões interfederativas, inauguram com o Decreto 7.508/11 um novo marco na relação interfederativa, com a instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) (BRASIL, 2011a).

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT. Definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012). O COAPS vem preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS.

O SUS criado pela Constituição Federal de 1988 teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70. Vem se recriando,

permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente (CONASS, 2006).

3.3 A integração ensino serviço na educação médica brasileira

Entende-se por integração ensino serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A integração ensino serviço não se constrói isoladamente, mas articulada a processos políticos, sociais e econômicos. Embora na década de 50 já se falava em integração ensino serviço no Brasil, foi a partir da década de 70 que o Brasil passou por inúmeras experiências transformadoras nos campos da saúde e da educação. Do movimento da Reforma Sanitária Brasileira até o nascimento do SUS em 1988, da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 até as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), no ano de 2001, várias experiências de integração ensino serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, buscando a reorganização do ensino e da assistência à saúde e procurando desenvolver ações de educação permanente. Contudo, persistem desafios a serem superados, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre estes dois mundos.

Inicialmente surgem dois grandes movimentos pró-mudança na formação superior do médico: o da Medicina Comunitária e o da Integração Docente Assistencial (IDA). O primeiro, surgido nos departamentos de medicina preventiva, buscava uma medicina simplificada, além da inclusão diferenciada das camadas sociais marginalizadas. Sua principal estratégia era o estímulo à participação comunitária (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Já o movimento de IDA associava-se a inserção do ensino no serviço pela colocação de estágios nos centros de saúde e hospitais.

Essas estratégias, no entanto, não modificaram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em muitas especialidades. Restando claro, então, que o avanço apenas se daria com iniciativas abrangentes mais integradas e focadas (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

No final da década de 70 e início da década de 80 esforços visando estimular a participação multidepartamental e multiprofissional nos projetos IDA foram implementados com apoio da Fundação Kellogg (CHAVES, 1999; RIBEIRO, 2000).

Embora tenha-se caminhado em direção a um ensino e uma assistência mais adequados à necessidade da sociedade, muito havia por se fazer. Após Alma-Ata chegou-se à conclusão de que o serviço precede a universidade e esta não deve pretender estruturá-lo e que a IDA estava limitada e que não demonstrava o que realmente se objetivava (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

As fortes transformações sofridas nas décadas de 80 e 90 com a criação do SUS contrapunham um sistema que valorizava a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção de saúde ao modelo vigente e impunha a qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde como algo vital para a real consolidação do SUS. Nos anos 90 os projetos UNI, “uma nova iniciativa em educação das profissões da saúde: união com a comunidade”, transformam-se no grande foco das atenções. A resistência à participação da comunidade deu-se muito mais no âmbito das universidades do que no serviço. O projeto UNI representou a conjunção de três movimentos que já estavam em marcha isoladamente: IDA, atenção primária à saúde e extensão comunitária (CECCIM; BILIBIO, 2002; CHAVES, 1994, KISIL *apud* GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Fundamentava-se na relação universidade, serviço e comunidade.

O programa UNI possuía novos propósitos, como a parceria, o desenvolvimento de lideranças, a institucionalização, o desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede, o desenvolvimento da avaliação interna dos projetos, a pertinência, o desenvolvimento acadêmico, dos serviços e da comunidade. Contudo, por problemas nos processos de institucionalização das práticas inovadoras, ou por problemas na sustentação dos impulsos transformadores, ou por ambos, na maioria das vezes, muitos projetos inovadores não obtiveram força suficiente para se instalar e provocar mudanças permanentes (TANCREDI, 1995; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Assim, as instituições de ensino superior têm perpetuado modelos conservadores, centrados em sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Apesar de buscarem atender a insatisfação da população com os serviços de saúde prestados por profissionais formados em desalinhamento com a realidade do SUS e com êxitos limitados, esses movimentos até então promoveram avanços. Mas o grande desafio da quebra do continuísmo da fragmentação e da inclusão da integralidade e da humanização nas práticas já na formação ainda persistia (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Com integrantes provindos dos movimentos IDA e UNI, surge em 1997, um novo movimento conhecido como Rede UNIDA, que trabalhando em rede visa potencializar as capacidades de mudanças, construídas de forma coletiva a partir do saber e do poder compartilhado. Consiste em um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudança na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social (SCHMIDT, 2002; FEUERWERKER, 2000; RANGEL; VILASBÔAS, 1996; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A discussão das Diretrizes Curriculares passou a ser vista como uma oportunidade favorável a ação da Rede UNIDA, sobretudo por possibilitar a mobilização de setores da saúde para que influíssem de modo mais organizado na definição do perfil profissional mais adequado à necessidade social (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

O compromisso de uma política de Estado e não de governo, com uma articulação interministerial, mostram-se necessários para a construção de uma nova educação em saúde. Essa mudança necessita ser profunda e permanente, com os envolvidos comprometidos com o projeto como sendo seu. Não se pode esperar que a mudança ocorra espontaneamente. A consequência natural desse processo tem sido a constatação crescente da necessidade de integração entre esses dois campos. Isto se justifica pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação

do SUS. Parece, então, impossível pensar nisto sem interferir, ao mesmo tempo, na formação profissional e no mundo do trabalho (FEUERWERKER, 2006).

Integrar serviços de atenção à saúde e instituições de ensino implica em algumas condicionantes a saber: relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para tal é necessário que haja a promoção de espaços dialógicos entre as instituições de ensino, o SUS e a comunidade.

Uma estratégia para a formação de profissionais de saúde a partir da realidade e, portanto, capazes de intervir nessa realidade, implica trazer à tona dos processos pedagógicos todos os atores responsáveis pela formação, destacando seu papel e distintas responsabilidades. Nos cenários reais a realidade torna-se objeto da aprendizagem, ampliando a compreensão do significado da teoria e para corresponder a essas novas demandas as instituições de saúde reorganizam suas estruturas e repensam suas práticas (BREHMER; RAMOS, 2014).

As mudanças decorrentes dos processos de integração ensino serviço interferem e são fatores que contribuem para uma melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços, além de promoverem a educação permanente e a aproximação com a pesquisa. (BREHMER; RAMOS, 2014).

A construção das DCNs para área da saúde, com a ampla participação de diversos atores sociais, buscava construir um perfil acadêmico e profissional com competências voltadas às necessidades atuais das populações e também voltadas para construção do SUS. Logo em seguida ao lançamento das DCNs para o curso de medicina, por uma parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde e a OPAS foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com a participação ativa da ABEM e da Rede UNIDA durante todas as fases. As escolas médicas selecionadas desenvolveram suas atividades de mudança de forma pouco articulada entre si (PEREIRA; RAMOS, 2006; SIQUEIRA, 2002).

A criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, demonstrou que o Ministério da Saúde passou a priorizar a mudança na formação superior. O DEGES possui a função de motivar e propor ações em duas grandes áreas: a mudança na formação técnica, de graduação e de

pós-graduação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2003).

Em 2004 instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Iniciou-se a implantação dos polos de educação permanente em saúde, que em 2007 foram extintos por portaria Ministerial, passando a condução da política de educação permanente em saúde (EPS) para os colegiados de gestão regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), mudando a forma de planejamento e financiamento da política de EPS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Em 2004 os Ministérios da Saúde e Educação lançam o AprenderSUS – o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. O objetivo era de apoiar a gestão do ensino em coerência com as diretrizes e os princípios constitucionais do SUS e a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. As várias estratégias para promover mudanças na formação compreendiam o VERSUS (Vivência-Estágio na Realidade do SUS), a convocatória de experiências de integralidade na formação em saúde, o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde e a possibilidade de apoio à implementação de estratégias de mudança, entre outros (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Surge, também, um novo ator: o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), articulando entidades envolvidas com a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde.

A partir de novembro de 2005 é lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação, fortemente baseado no PROMED, porém ampliado aos cursos de odontologia e enfermagem. Visa aproximar o perfil do egresso às necessidades da atenção básica, no caso do Brasil a estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005a).

Entre os desafios observados nesse cenário múltiplo e complexo, podemos citar diferentes objetivos entre o ente formador e o ente assistencial e os movimentos unilaterais em que não há abertura para que o serviço se integre às ações da academia. A integração deve assumir significados comuns e as experiências resultantes devem produzir ganho para ambas as instituições. O

necessário diálogo que se estabelece deve adquirir maior estabilidade, em espaços favoráveis e com a participação de todos. Nisso, os gestores do SUS e das escolas adquirem capital importância. O conjunto de experiências que procuram integrar ensino serviço, ainda pontuais, carecem de estarem de fato integrados aos currículos das escolas e a rotina dos sistemas de saúde.

Mas a partir a Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil, novos padrões para a formação médica no país se estabelecem. Entre os quais, maiores patamares de integração entre ensino e serviço. Atender às novas definições requererá dos atores envolvidos a construção de um campo comum de compartilhamento de práticas, saberes e poder.

O desenvolvimento da educação médica brasileira, do sistema nacional de saúde e da integração ensino serviço no Brasil sempre estiveram fortemente interligados e produziram importantes efeitos recíprocos. Essa é uma relação de natureza dialética, em que cada um desses setores molda e é moldado pelos outros.

Destaco, nesse percurso, 3 momentos (entre tantos outros) que considero centrais na compreensão desse processo. O primeiro deles é representado pelo nascimento do SUS que trouxe um conceito amplo de saúde, como direito universal e a responsabilização do Estado por provê-lo. Já na sua origem, o SUS traz a responsabilização pelo ordenamento da formação de seus recursos humanos e a qualificação permanente de sua força de trabalho.

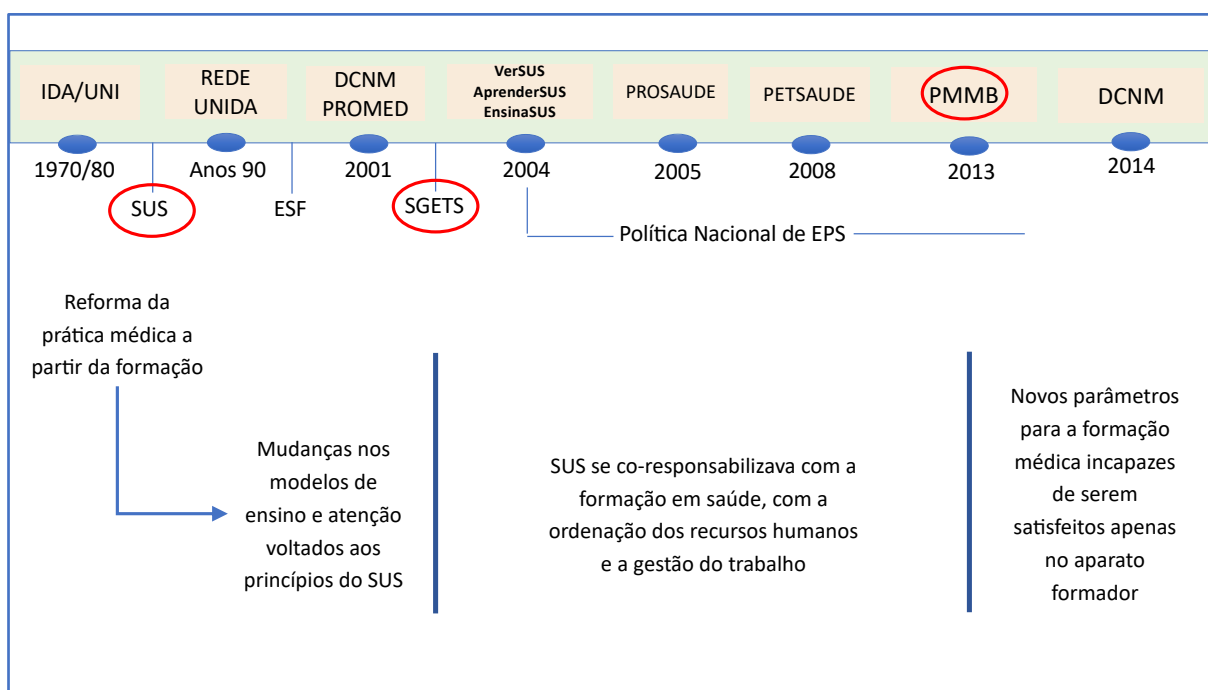
Esse período evidencia inicialmente movimentos mais focados à reforma das práticas médicas a partir da formação, que posteriormente se deslocam para projetos interessados em promover mudanças no modelo de ensino e de atenção em saúde, coerentes com os princípios do SUS e a criação de um novo mercado de trabalho representado pela ESF.

O segundo é representado pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (praticamente 15 anos depois do nascimento do SUS) que marca uma aproximação estratégica e de maior institucionalidade entre os setores de saúde e educação (ainda que tardiamente). Nesta etapa, gestores do SUS passam a participar da gestão dessas políticas de integração com aportes financeiros para readequação dos serviços de saúde e os projetos passam a ser assinados em conjunto pelo Gestor Municipal e pelas instituições de ensino.

E, finalmente, a instituição do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (em 2013), que entre outros aspectos, disciplina a formação de Recursos Humanos

(RH) na área médica para o SUS e estabelece novos parâmetros para esta formação. O SUS assume com maior ênfase o seu papel de ordenador da formação de RH para saúde. Determina a formulação de novas diretrizes para a graduação em Medicina, a partir do que dá uma nova perspectiva para a integração ensino serviço.

Esta evolução, com os marcos mencionados nos parágrafos anteriores, pode ser esquematicamente representada pela Figura 1.



Fonte: Próprio autor (2018).

Figura 1. Representação da evolução das políticas nacionais de reorientação da formação profissional em saúde.

3.4 A integração ensino serviço como rede gestora de uma política pública

Política pública, enquanto área acadêmica, surge nos EUA, em meados do século XX, sem estabelecer relações teóricas com o papel do Estado, mas dirigindo-se diretamente às ações dos governos, buscando compreender como e por que governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006).

Ainda que não se tenha uma única ou soberana definição do que seja política pública na literatura especializada, as características para as quais as relações de integração ensino serviço comunidade foram alçadas, a partir da última grande

intervenção do Estado no provimento de médicos no país, permitem aceitar as semelhantes definições propostas por Lynn (1980) e Peters (1986) para o tema, que consideram a política pública como um conjunto de ações diretas ou delegadas do governo e que irão produzir efeitos específicos.

Mesmo adentrando a seara de autores que defendem uma abordagem estatista, em que apenas o Estado detém o monopólio na formulação da política pública, dos que advogam por abordagens multicêntricas, em que o que define o caráter público da política é o problema a ser enfrentado e não quem formula a política (LIMA, 2012), entendemos que esta discussão torna-se menos relevante na consideração da Integração Ensino Serviço (IES), uma vez que a mesma atende ao requisito de ambas as abordagens propostas: a estatista, enquanto formulada pelo Estado a partir da Lei do Mais Médicos e a multicêntrica, posto que se destina a enfrentar um problema público, qual seja, provimento médico.

Apesar de distintas abordagens, todas as definições assumem, de modo geral, uma visão abrangente do tema, onde o todo é mais importante do que a soma das partes e indivíduos, organizações, relações e interesses são considerados, apesar de diferentes pesos de cada um destes elementos (SOUZA, 2006).

Alguns elementos presentes nas relações de integração ensino serviço são constitutivos comuns às diversas definições e modelos propostos por Souza (2006) para o tema. Entre eles estão o envolvimento de vários atores e níveis de decisão, ainda que materializada por meio do governo, a não restrição a participantes formais, a abrangência para além de leis e regras, a representação de uma ação intencional com objetivos definidos e a perspectiva de longo prazo.

Ancorada num sistema de saúde construído num intenso e histórico processo de descentralização e democratização, a integração ensino serviço agora vista como uma política pública, expressa uma forte tendência à criação de uma rede local que vincula a gestão das políticas ao território e à uma população específica, evidenciando a incapacidade dos governos centrais em responder a essas demandas. A complexidade desses problemas, os diversos atores e interesses envolvidos, a crescente mobilização da sociedade civil, o aumento da ação social das empresas, entre outros, impulsionam o surgimento das redes de políticas (TEIXEIRA, 2002).

Em que pesem as diversas definições de rede, dependendo da perspectiva de cada autor, adotaremos a definição de Börzel (1997), visto que contempla um

entendimento compartilhado por todas as disciplinas que trabalham com redes de políticas e que parece ser a que melhor se encaixa para o entendimento do fenômeno das relações de IES.

[...] como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes en referencia a una política, y que intercambian recursos para perseguir esos intereses compartidos, admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar las metas comunes.

Ainda para Börzel (1997), o fenômeno das redes pode ser explicado por duas correntes, não excludentes, ambas expressas nas relações de IES: a da intermediação de interesses e a de governação. As escolas dependem do aparato assistencial para formar seus alunos e os serviços dependem da qualidade dos médicos que as escolas formam, para dar apenas um exemplo. E a crescente interdependência funcional dos atores na consecução da política tem na constituição de rede a única forma de mobilizar recursos dispersos e responder de modo eficaz aos problemas das políticas públicas.

No entanto, a gestão dessas redes está longe de ser algo simples, impondo desafios administrativos relacionados a negociação e geração de consensos, definição explícita de regras de atuação, contrapartidas de recursos e construção de processos decisórios coletivos. Decidir, planejar e avaliar, em se tratando de estruturas policêntricas como a IES, requerem novas abordagens, nem sempre consideradas, o que tem implicado, muitas vezes, no fracasso de programas e projetos, apesar das boas intenções dos atores envolvidos (TEIXEIRA, 2002).

As redes de políticas demandariam uma nova modalidade de coordenação, que convergem para uma gestão inovadora e compartilhada das políticas públicas, com a instituição de espaços negociação para além do mero jogo de interesses, mas que permita aos agentes a resolução dos problemas coletivos (CAVALCANTI, 1998).

As redes de IES podem constituir diferentes estruturas em seus territórios, que variam de acordo com o conjunto de interesses de seus constituintes, com a natureza dos mesmos, com as relações verticais entre eles e com a distribuição de recursos. Estes recursos podem estar representados pela distribuição de funções e competências, pela disponibilidade de expertise, de *staff*, de espaço físico, de equipamentos e financeiros.

Rovere (1998) propõe um esquema de estratificação dos vínculos em relação ao nível, às ações e aos valores envolvidos, que permite avaliar os graus de profundidade de uma rede. Estes níveis começam pelo reconhecimento que expressa a aceitação do outro, seguido do conhecimento que indica interesse pelo outro, passando a colaboração que estabelece vínculos de reciprocidade, a cooperação que pressupõe um compartilhamento sistemático de ações com a identificação de objetivos comuns e, finalmente, a associação em que se compartilham recursos e se alicerçam as relações com base em confiança.

A estratificação dos vínculos estabelecidos nas redes de IES podem ser observados a partir de dois momentos distintos. Um anterior a expansão das escolas médicas em que as diretrizes formativas possuíam um caráter menos prescritivo e deixavam a cargo das escolas a definição das propostas pedagógicas e outro posterior ao movimento de grande expansão das escolas, associadas a determinação de estender à formação de modo mais intenso no sistema de saúde.

Se no primeiro momento o conhecimento do outro bastava, o atual nível de demanda para a integração impele ao aprofundamento das relações de modo a promover a associação dos entes, o compartilhamento de recursos e a cooperação para o alcance de objetivos comuns.

Aqui, diferentemente da gestão “intraorganizacional”, o controle não é preponderante na relação, mesmo que os entes pertençam a diferentes níveis de governo. Não há um relacionamento hierárquico entre eles e cada um atua como unidade semiautônoma (MANDELL, 1990 *apud* TEIXEIRA, 2002).

Essa complexidade das redes de políticas exprime paradoxos (dicotomias) envolvidos na sua análise, conforme apontado por Loiola e Moura (1996) e outros autores, que estão diretamente impactadas nos processos de gestão interorganizacionais.

Apesar de estruturadas com base na cooperação em torno de um problema ou solução compartilhados, isso não exclui a presença de conflitos a partir de interesses competitivos: cooperação/competição ou solidariedade/conflito.

Apesar de igualarem-se como parte de uma estrutura comum, a rede, os entes ainda resguardam sua singularidade: igualdade/diversidade.

Redes são identificadas como relações entre organizações, mas estas relações acontecem entre os indivíduos que atuam nessas organizações e criam vínculos entre si: organizações/indivíduos (JOHN, 1999).

As relações dentro das redes são distintas das formas mais casuísticas tanto quanto das formas mais burocráticas do Estado, sendo mais flexíveis e adaptáveis às dinâmicas da própria rede: transitoriedade/permanência.

As características dinâmicas e flexíveis que envolvem as redes proporcionam uma constante construção e desconstrução das interações entre os componentes da rede: construção/desconstrução.

A gestão dessas redes tem sido pouco estudada e tradicionalmente o é para situações intraorganizacionais, que diferem das estruturas interorganizacionais em aspectos cruciais. Se as redes são formadas por atores, recursos, percepções e regras (KLIJN *et al.*, 1995), estes são elementos chave a serem considerados na gestão das redes.

Na IES, assim como em uma rede, há uma relação de interdependência entre os atores, uma vez que necessitam compartilhar recursos para atingir um objetivo comum, qual seja, formar médicos que atendam às necessidades sociais em saúde.

Embora cada ente tenha objetivos específicos, a construção da rede requer a idealização de um objetivo maior que passa a ser compartilhado para além dos objetivos particulares que ainda permanecem (TEIXEIRA, 2002).

Para Agrannoff e Lindsay (1983), os elementos condicionadores do êxito da gestão de redes estão relacionados a construir entendimentos comuns, estabelecer relações em que todos ganham, envolver os reais decisores políticos e administrativos, focalizar questões específicas, avaliar permanentemente e negociar as soluções e criar um marco para a ação cotidiana.

Como redes são policêntricas, a gerência pode não ser uma estratégia exclusiva para um ator. O papel do gestor nessas redes de política é, portanto, um importante aspecto a ser considerado, uma vez que pode ser desempenhado por cada um ou vários atores simultaneamente, ou mesmo por um mediador externo ou facilitador (KLIJN, 1996).

Dadas as evidentes diferenças, padrões tradicionais das práticas da gestão intraorganizacional não se aplicam à gerência das relações de integração ensino serviço e estabelecer processos decisórios contínuos e estáveis é fundamental para a coordenação desses processos. Isso pode não ser simples num sistema em que grande parte dos gestores é eleita ou indicada e apresenta alto grau de rotatividade.

Para Benson (1975), as quatro dimensões do equilíbrio interorganizacional são representadas pelo consenso em relação ao campo de atuação, pelos valores

compartilhados, pela avaliação positiva dos outros membros e a pela coordenação do trabalho.

Portanto, podemos concluir que as relações de integração ensino serviço conformam redes gestoras de políticas em que os governos locais assumem a liderança na articulação dos agentes envolvidos com a formação de médicos, otimizando recursos, numa perspectiva transetorial de organização solidária.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Fundamentação metodológica

A realização deste trabalho comprometeu-se com um método compreendido como conjunto de ações sistemáticas e racionais que permitissem alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros, determinando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador (LAKATOS; MARCONI 2003).

Tratou-se de um estudo transversal, qualitativo, exploratório, descritivo e explicativo. A partir dos dados deste estudo, este trabalho analisou os processos de gestão das relações de integração ensino serviço nas escolas do Paraná.

Nos estudos transversais (seccionais) qualitativos os dados são coletados em um curto período de tempo, com base em uma amostra selecionada, a fim de estudar fenômenos específicos e complexos, tentando entendê-los, mediante descrições, interpretações e comparações, a partir dos significados que as pessoas a eles conferem. (FONTELLES *et al.*, 2009; JACOBSEN *et al.*, 2017).

As pesquisas exploratórias visam explorar fenômenos ainda pouco estudados. Por meio dela pretendemos compreender os mais variados aspectos relativos ao fato pesquisado. Objetiva proporcionar uma visão geral de um determinado fenômeno, familiarizando o pesquisador com seu objeto de estudo (GIL, 2017).

Quanto às pesquisas descritivas, a finalidade reside em descrever em detalhes as características do fenômeno estudado, podendo identificar a existência de relações entre variáveis. Quando estas pesquisas vão além da identificação dessas relações, para a direção de determinar a natureza dessas relações, identificando fatores que contribuem para a ocorrência desses fenômenos tornam-se pesquisas explicativas. E aprofundam mais o conhecimento da realidade, vez que almejam explicar a razão dos fatos (GIL, 2008).

Neste estudo, a exploração, descrição e análise de toda complexidade agregada à gestão da IES, enquanto processo multifacetado, policêntrico e conformado por múltiplos entes interdependentes, não hierárquicos, e de distintas naturezas, nos permitiu, a partir da visão dos gestores dos sistemas de educação e assistência do universo pesquisado, obter uma visão geral do fenômeno da IES, descrever detalhadamente as características da integração nos territórios estudados,

identificando suas diversas interrelações e compreender os condicionantes para sua efetiva implantação.

4.2 O contexto da pesquisa

A constituição de um subconjunto que pudesse ser representativo do contexto sob investigação baseou-se em alguns elementos que consideramos importantes, como o desenho da pesquisa, o problema estudado, os pressupostos, a forma de coleta dos dados e os referenciais teóricos de interpretação dos resultados.

Os critérios para escolha dos gestores dos subsistemas estudados, nas regiões escolhidas, a fim de analisar a gestão da IES nas escolas médicas do Paraná, considerou que o superdimensionamento do desempenho de determinados atributos em indivíduos típicos, quanto aos parâmetros em investigação, os torna especiais candidatos a serem selecionados, por revelarem características representativas daquele mesmo contexto (FONTANELLA *et al.*, 2008, MINAYO, 2017).

Por isso, considerando o objeto estudado, utilizamos uma amostra não probabilística, composta pelo princípio da homogeneidade fundamental, buscando indivíduos que guardavam as características do objeto estudado e por isso poderiam revelá-lo (TURATO, 2005; MINAYO; SANCHES, 1993).

O Estado do Paraná está dividido em 22 Regionais de Saúde (RS). A coleta de informações ocorreu em territórios que possuíam ao menos duas escolas médicas com pelo menos um ciclo formativo completo.

Deste modo, os campos de pesquisa foram representados pela 2ª, 10ª, 15ª e 17ª RS Saúde. As demais RS não atendiam aos requisitos estabelecidos. Estas regiões também estão entre as que apresentam as maiores densidades populacionais, possuem o maior número de escolas médicas e apresentam mais equipamentos de saúde disponíveis. A distribuição geográfica das RS pesquisadas no Estado pode ser visualizada na Figura 2.



Fonte: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude#> (2020)

Figura 2. Mapa ilustrativo do estado do Paraná com as divisões das Regionais de Saúde, com destaque para as Regionais onde se localizam as Escolas de Medicina pesquisadas (PARANÁ, 2020)

Entre as escolas, buscou-se representar os segmentos público, filantrópico e de fins lucrativos, além do já mencionado critério de ao menos um ciclo formativo concluído.

No Estado do Paraná existem 21 escolas médicas, sendo que 12 já completaram ao menos um ciclo formativo. Destas, 6 são públicas, 4 são filantrópicas e 2 são de fins lucrativos.

Dentre as regionais que atenderam ao critério de possuir ao menos 2 escolas com um ciclo formativo completo, a de Curitiba (2ª RS) tinha 4 escolas elegíveis, sendo 1 pública, 2 filantrópicas e 1 de fim lucrativos. Assim, nesta regional escolheu-se uma escola de cada segmento.

A de Maringá (15ª RS) possui 3 escolas com um ciclo formativo completo, sendo uma pública, uma filantrópica e uma de fim lucrativo. Elegeu-se a escola pública e a de fim lucrativo, a fim de garantir representatividade de todas as naturezas jurídicas ao conjunto geral.

Nas demais regionais, Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS), a totalidade das escolas compôs o estudo.

O conjunto final foi formado por 9 escolas (75% das escolas com um ciclo formativo completo), sendo 4 públicas (80% do universo total de públicas), 3 filantrópicas (75% do universo total de filantrópicas) e 2 de fins lucrativos (100% do total desse universo).

Neste conjunto, 3 escolas iniciaram suas atividades há mais de cinquenta anos, 2 há mais de 20 anos e a escola mais jovem possuía 8 anos de atividade. O número médio de vagas de ingresso por ano foi de 135 alunos, variando entre 40 e 298. As escolas selecionadas encontram-se entre as maiores e mais antigas do Estado. No Quadro 1 apresentamos um resumo das escolas pesquisadas.

Quadro 1. Distribuição das Escolas Médicas pesquisadas por Regional de Saúde, indicando o ano de início do curso, o número de vagas ofertadas por ano e a característica da Escola quanto a sua natureza

Escolas Médicas – 1ª etapa					
RS	Município	Instituição	Início do curso	Vagas/ano	Natureza
2ª	Curitiba	UFPR	1912	190	Federal
		PUC	1957	180	Filantrópica
		UP	2003	169	Lucrativa
10ª	Cascavel	UNIOESTE	1997	40	Estadual
		FAG	2008	162	Filantrópica
15ª	Maringá	UEM	1988	40	Estadual
		UNICESUMAR	2011	298	Lucrativa
17ª	Londrina	UEL	1967	80	Estadual
		PUC	2012	60	Filantrópica

Legenda: RS = Regional de Saúde

Fonte: <http://emec.mec.gov.br> (2019)

Os equipamentos assistenciais disponíveis em cada uma destas regionais, bem como a população residente, podem ser observados conforme disposto nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2. Número de Escolas Médicas e população por Regional de Saúde pesquisada.

Regional de Saúde		População	Nº escolas
Curitiba	2 ^a	3.285.851	5
Cascavel	10 ^a	513.071	2
Maringá	15 ^a	748.686	3
Londrina	17 ^a	884.039	2

Fonte: <http://emec.mec.gov.br> (2019)

Quadro 3. Equipamentos de saúde por Regional de Saúde pesquisada.

Tipo de Estabelecimento	2a RS	10a RS	15a RS	17a RS	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	1	-	1	-	2
CENTRAL DE REGULAMENTO	-	1	-	-	1
CENTRAL DE REGULAMENTO MULTIDISCIPLINAR DAS URGÊNCIAS	37	67	2	-	106
CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	1	-	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	38	7	52	-	97
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	15	-	-	10	25
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	2.915	566	698	875	5.054
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. DE RESERVOS ESTADUAIS	10	-	-	-	10
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	4.567	894	1.578	1.659	8.698
CONSULTÓRIO	18.491	1.453	3.482	3.581	27.007
FARMÁCIA	1	102	11	5	119
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1.448	581	125	425	2.579
HOSPITAL GERAL	17.294	1.451	3.015	3.776	25.536
HOSPITAL DIA	477	97	106	60	740
POLICLÍNICA	6.258	23	501	380	7.162
POSTO DE SAÚDE	53	79	48	18	198
PRONTO ATENDIMENTO	526	33	137	135	831
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	12	-	-	14	26
PRONTO SOCORRO GERAL	91	-	6	73	170
SECRETARIA DE SAÚDE	-	-	10	2	12
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	397	-	-	-	397
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	-	-	-	1	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNÓSE E TERAPIA	2.514	564	524	413	4.015
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	6	-	1	-	7
UNIDADE MISTA	34	-	2	-	36
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	528	73	112	65	778
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	129	47	-	-	176
Total	55.843	6.038	10.411	11.492	83.784

Período: abr/2019

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipopr.def>

Por fim, sobre o número de interlocutores consideramos a amostra suficiente uma vez que propiciou reincidência e complementariedade das informações e refletiu em quantidade e intensidade, as diversas dimensões do fenômeno estudado (MINAYO, 2017).

Como se tratou de um estudo exploratório, em que fomos a campo sem pré-categorias explicitadas, quando novos significados ou explicações sobre o fenômeno estudado deixaram de emergir consideramos ter atingido a saturação teórica, na acepção do termo criado por Glaser e Strauss em 1967. Apesar deste entendimento não ter sido o foco de delimitação da nossa amostra.

4.3 Participantes da Pesquisa

A população estudada foi composta pelos coordenadores de curso das escolas médicas selecionadas nos territórios delimitados, pelos secretários municipais de saúde das cidades sede das escolas, pelos diretores das Regionais de Saúde definidas e por um representante da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A CIES foi constituída no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, através da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), com a seguinte representação:

- I. ESPP (Escola de Saúde Pública do Paraná);
- II. Gestores de Saúde Estadual e do Município de Curitiba;
- III. COSEMS-PR (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná);
- IV. UFPR (Universidade Federal do Paraná);
- V. Universidades Estaduais;
- VI. CES (Conselho Estadual de Saúde);

O quantitativo da população estudada pode ser verificado no Quadro 4.

Quadro 4. População estudada de acordo com a instituição a qual está vinculada.

Diretores de Regional de Saúde	3
Secretários Municipais de Saúde	4
Representante da CIES	1
Coordenadores de Curso	9
Total	17

Fonte: Próprio autor (2019).

4.4 Processo de Produção de Dados

O processo de produção de dados nesta pesquisa utilizou-se de um formulário de caracterização dos sujeitos (APÊNDICE B) e da aplicação de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

Foram enviadas cartas convite nos e-mails institucionais de todos os participantes selecionados para o estudo, convidando-os a participar da pesquisa. Neste convite, o pesquisador informava ser aluno do doutorado da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde, e que estava desenvolvendo sua tese na área de integração ensino serviço, sob orientação do Professor Dr. Nildo Alves Batista. No corpo do e-mail ainda indicava a aprovação da pesquisa junto ao CEP da UNIFESP. Anexos foram enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o roteiro da entrevista semiestruturada.

Após o envio da correspondência eletrônica foram efetuados contatos telefônicos com os participantes, por meio de suas assessorias, confirmando o aceite e agendando as entrevistas.

As entrevistas ocorreram nas datas previamente agendadas, ao longo dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019, em locais designados pelos participantes. Foram gravadas e as durações variaram entre 25 e 40 minutos. No início da entrevista foram recolhidos os TCLE devidamente assinados e coletadas as assinaturas nos termos de autorização de uso do material gravado. E novamente foi perguntado sobre dúvidas relativas ao estudo, informado sobre a possibilidade de a qualquer momento se retirar do estudo e reiterado o compromisso de confidencialidade sobre as informações coletadas.

Pelo formulário de caracterização dos sujeitos foi traçado um perfil dos gestores das escolas e do SUS, garantindo-se o anonimato dos mesmos.

A entrevista semiestruturada foi elaborada de modo a possibilitar a compreensão das homogeneidades e das diferenciações internas do grupo pesquisado (MINAYO, 2017), e possibilitou tratar de aspectos mais complexos, abordando-os em maior profundidade e respondendo a alguns dos objetivos específicos a partir das seguintes questões norteadoras:

- a) Quais são as suas concepções de integração ensino serviço?
- b) Como se dão as práticas de integração ensino serviço no seu território?
- c) Que elementos estimulam processos adequados de integração ensino serviço?
- d) Quais as principais expectativas para a integração ensino serviço neste momento?

- e) Quais são os fatores que facilitam e/ou dificultam a integração ensino serviço?
- f) Que tipo de instrumento seria adequado para desenvolver e aprimorar o processo de integração ensino serviço?
- g) Que indicadores poderiam ser utilizados para avaliar a integração ensino serviço?
- h) A integração ensino serviço vigente atende às necessidades de formação do médico?
- i) Os cenários atualmente disponíveis atendem às necessidades da integração ensino serviço?

As questões condutoras dessa entrevista foram agrupadas em cinco eixos temáticos principais: concepções, práticas, fatores facilitadores e/ou dificultadores, avaliação e gestão da integração ensino serviço.

Com o objetivo de caracterizar os gestores sujeitos do estudo utilizou-se um formulário que delineava: idade, sexo, profissão, área de graduação, especialização, mestrado e doutorado, cargo ou função exercida e tempo no cargo.

4.5 Análise dos dados

Esta fase do trabalho apoiou-se em um método que possibilitasse a exploração multifacetada sobre os dados recolhidos pelas entrevistas. Para tanto, optou-se pela abordagem metodológica da Análise de Conteúdo de Bardin, em sua modalidade de Análise Temática.

Bardin (2004, p. 42) refere a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A Análise Temática significa identificar os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, na qual a presença ou frequência agregam significado para o objeto em estudo.

A análise das entrevistas foi realizada, segundo Campos (2004), em três etapas:

- I. Fase de pré-exploração ou de leituras flutuantes das entrevistas: para apreender e organizar, ainda de forma não estruturada, aspectos importantes para as próximas fases da análise. Foram realizadas várias leituras do material coletado, buscando assimilar as principais ideias e seus significados gerais.
- II. A seleção das unidades de análise (unidades de significados): foram determinadas as *unidades de contexto* (UC), as *unidades de registro* (UR), os *recortes* e a forma de *categorização*, a modalidade de *codificação* e os *conceitos teóricos* mais gerais que orientaram a análise, a partir dos objetivos iniciais da pesquisa.
- III. O processo de categorização: neste trabalho foi não apriorística, pois as categorias emergiram totalmente das respostas dos sujeitos da pesquisa, representadas por expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo das falas se organizava.

Considerando a complexidade da análise de dados qualitativos, expressa em abundantes informações, pouco estruturadas, foi utilizado o software ATLAS.ti como apoio à etapa de análise das entrevistas semiestruturadas, cujo objetivo foi facilitar a estocagem, o gerenciamento e a recuperação dos dados.

Como elemento central desse processo, está a codificação de pequenos trechos do texto, as unidades de registro, que podem ser sobrepostos, permitindo a recuperação de vários trechos do texto a partir de um mesmo código.

Essa codificação dependeu da indicação do pesquisador, não sendo executada pelo software. Deste modo, o processo de análise foi facilitado e acelerado pelo software, ao passo que a codificação foi resultado do trabalho do pesquisador.

Considerando a ampla visão dos dados obtida durante o processo de análise, o uso do software possibilitou a revisão dos códigos, sua combinação e divisão.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa aconteceu em consonância com os preceitos éticos firmados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e atendeu a todas as exigências éticas e científicas fundamentais. O projeto foi submetido e aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Parecer n.º 3.410.890 de 2019).

O estudo atendeu à Resolução nº 510/2016 que estabelece normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, nas quais os procedimentos metodológicos envolvam o uso de dados diretamente obtidos dos participantes.

Os TCLE foram devidamente assinados pelos gestores das escolas e do SUS, sem constrangimentos, e com garantia de sigilo.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em 6 subcapítulos:

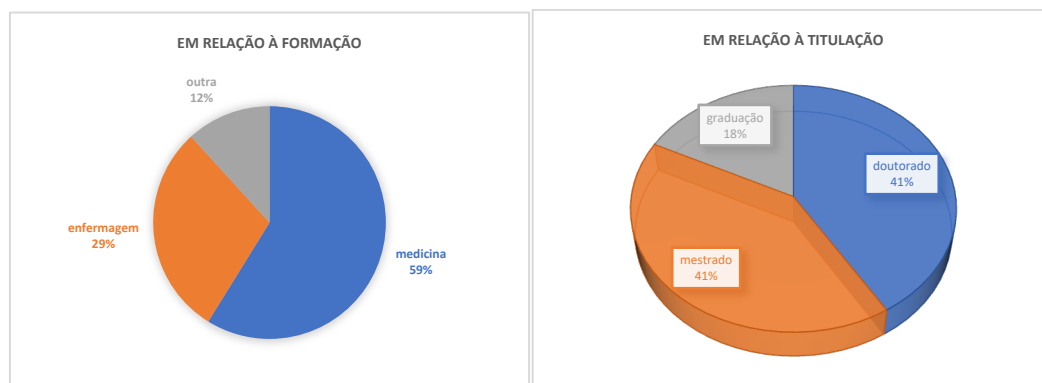
- 5.1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa
- 5.2 – Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço
- 5.3 – Práticas de integração ensino serviço evidenciadas
- 5.4 – Fatores facilitadores e/ou dificultadores para a integração ensino serviço
- 5.5 – A avaliação da integração ensino serviço
- 5.6 – Os processos de gestão da integração ensino serviço

As falas dos sujeitos investigados foram agrupadas em dois segmentos principais: Gestores de Serviços (GS) e Gestores Educacionais (GE) e são identificadas por estas siglas sempre que surgem no texto.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Como já apresentado, a população do estudo foi composta por dezessete (17) sujeitos, representados por nove (9) coordenadores de cursos de medicina das escolas selecionadas, quatro (4) secretários municipais de saúde, três (3) diretores de regional e um (1) representante da CIESC do Paraná.

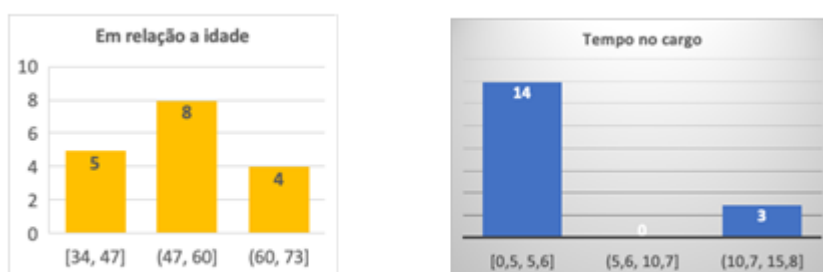
Todos os coordenadores de curso são médicos de formação. Possuem alguma especialidade médica e mestrado, sendo que cinco (5) deles têm o título de doutor. Entre os secretários municipais de saúde todos possuem graduação em cursos da área da saúde, sendo apenas um (1) médico. Três (3) possuem alguma especialização *lato sensu*, dois (2) possuem mestrado e nenhum doutorado. Entre os gestores estaduais três (3) são da área de enfermagem e um (1) da pedagogia, três (3) possuem especialização *lato sensu* e mestrado e dois (2) doutorado. A Figura 3 permite visualizar os sujeitos da pesquisa por área de formação e pós-graduação.



Fonte: Próprio autor (2020).

Figura 3. Distribuição percentual dos sujeitos pesquisados por área de formação e titulação.

Dos dezessete (17) entrevistados, sete (7) são homens e dez (10) mulheres, com idade média de cinquenta e dois (52) anos, tendo o mais novo trinta e quatro (34) anos e o mais velho sessenta e quatro (64). O tempo médio no cargo foi de pouco menos de quatro (3,7) anos, variando de um (1) a doze (12) anos. A Figura 4 resume a distribuição dos indivíduos por idade e tempo no cargo e o Quadro 5 resume os dados de caracterização dos sujeitos.



Fonte: Próprio autor (2020).

Figura 4. Distribuição dos indivíduos pesquisados por idade e tempo de permanência no cargo.

Quadro 5. Dados de caracterização dos sujeitos pesquisados quanto a idade, sexo, formação, cargo ou função e tempo em anos no cargo.

CARGO FUNÇÃO	IDADE	SEXO	ÁREA GRADUAÇÃO	ESPECIALIDADE	MESTRADO	DOCTORADO	TEMPO NO CARGO (anos)
COORDENADOR DE CURSO	47	M	MEDICINA	ONCOLOGIA	SIM	SIM	1,5
COORDENADOR DE CURSO	39	F	MEDICINA	MED. FAMILIA COMUNIDADE	SIM	NÃO	1,5
COORDENADOR DE CURSO	61	F	MEDICINA	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	SIM	SIM	1,5
COORDENADOR DE CURSO	60	F	MEDICINA	DERMATOLOGIA	SIM	NÃO	4
COORDENADOR DE CURSO	58	F	MEDICINA	GASTROENTEROLOGIA	SIM	NÃO	3,5
COORDENADOR DE CURSO	55	M	MEDICINA	ENDOCRINOLOGIA	SIM	SIM	4
COORDENADOR DE CURSO	64	F	MEDICINA	PEDIATRIA	SIM	SIM	2
VICE-COORD. DE CURSO	54	M	MEDICINA	PEDIATRIA	SIM	NÃO	2
COORDENADOR DO CURSO	64	M	MEDICINA	CIR. CARDIOVASCULAR	SIM	SIM	11
SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE	57	F	ENFERMAGEM	SAÚDE PÚBLICA	SIM	NÃO	2,5
DIRETOR SECRETARIA SAÚDE	53	F	ENFERMAGEM	GESTÃO do SUS	SIM	NÃO	2
SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE	40	M	MEDICINA	NEUROINTENSIVISMO	NÃO	NÃO	2,8
SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE	36	M	FISIOTERAPIA	NÃO	NÃO	NÃO	0,75
REPRESENTANTE CIESC	62	F	ENFERMAGEM	SAÚDE PÚBLICA	SIM	SIM	12
DIRETOR DE REGIONAL	57	F	ENFERMAGEM	SAÚDE PÚBLICA	SIM	SIM	0,5
DIRETOR DE REGIONAL	57	F	ENFERMAGEM	GESTÃO do SUS	SIM	NÃO	11
DIRETOR DE REGIONAL	34	M	PEDAGOGIA	NÃO	NÃO	NÃO	1

Fonte: Próprio autor (2020).

5.2 Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço

Para apreender as concepções dos gestores escolares e do SUS sobre integração ensino serviço, partimos de suas vivências, conhecimentos e experiências prévias, buscando evidenciar convergências e divergências conceituais e graus distintos de importância atribuídos ao processo em relação a formação médica e a organização do SUS.

O diálogo foi conduzido no sentido de revelar de que maneira o processo é definido nesse universo, que características estão presentes nestas relações, como se estabelecem os respectivos papéis de cada um dos entes e que resultados são esperados nesse sistema.

Desta forma, após a análise a partir da metodologia indicada, identificamos 79 Unidades de Contexto (UC), que representavam respostas aos questionamentos direcionadores da pesquisa e 150 Unidades de Registro (UR), consideradas unidades de significação que posteriormente foram analisadas para a obtenção de 6 categorias, presentes no conjunto das entrevistas, que possibilitam compreender, no grupo entrevistado, as concepções relacionadas à integração ensino serviço e o que a mesma representa no seu contexto de trabalho.

A IES é concebida pelo conjunto de entrevistados como um processo complexo, por meio do qual as instituições buscam atingir seus diferentes objetivos. As 6 categorias extraídas da análise das entrevistas demonstram que o

entendimento das relações entre escolas e serviços são expressos principalmente pelos resultados produzidos pela estratégia.

De modo geral, predomina a concepção em ambos os grupos de gestores (de escolas e serviços), de que os processos de integração estão fortemente condicionados pela necessidade das escolas em dispor de cenários para o desenvolvimento de suas práticas formativas e das expectativas do serviço com as contribuições da escola na melhoria de sua prática, a partir de processos que promovam a qualificação de sua assistência.

É a abertura dos cenários de prática real para os nossos estudantes trabalharem, pra completarem sua formação dentro dos cenários de prática real. Ao mesmo tempo em que essa escola também tem que se abrir para (...) a capacitação dos profissionais existentes. (GE7)

_(...) por ser uma universidade, (...) capacitariam os nossos profissionais e se criariam novos protocolos, novas diretrizes e isso se refletiria em melhores serviços pra população. (GS15)

A ênfase maior na busca de campos de prática ainda é voltada ao desenvolvimento de habilidades médicas relacionadas à assistência em seus diferentes níveis, conforme demonstram em suas falas tanto os gestores educacionais, quanto dos serviços. O uso de cenários para o desenvolvimento de competências outras, como as interprofissionais, ou de gestão, necessárias à formação médica e previstas nos projetos pedagógicos e diretrizes curriculares têm menor expressão, mas também surgem na visão de ambos os grupos de gestores.

Do mesmo modo, há um predomínio, no entendimento dos serviços, de que a grande contribuição das escolas a partir desses processos de integração está relacionada à qualificação dos profissionais do serviço, a partir da oferta de cursos. A produção de conhecimento para o sistema ou a responsabilização sanitária da escola surgem, mas com menor força.

Outros resultados depreendidos da análise do material referem-se às mudanças curriculares que são fomentadas à medida em que os processos de integração se intensificam, a indução da formação de uma rede gestora de política e o favorecimento para o desenvolvimento da responsabilidade social da escola, este principalmente no grupo gestor das escolas. As categorias obtidas estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6. Categorias emergidas das concepções de integração ensino serviço dos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.

CONCEPÇÃO SOBRE A IES			
CATEGORIA		SIGNIFICADO	UR
1	Processo que aprimora a formação	As características intrínsecas presentes na integração contribuem para o aprimoramento dos processos formativos.	46
2	Processo que contribui para o desenvolvimento do SUS	Os resultados produzidos pela integração contribuem para a manutenção e o avanço permanente do SUS.	61
3	Processo que amplia o desenvolvimento de competências	Além das competências técnico-assistenciais a integração amplia o desenvolvimento de competências como interprofissionalidade, gestão e liderança.	12
4	Processo que induz a formação de uma rede gestora de política	A forma como os processos de integração ocorre caracterizam uma rede de gestão de política.	9
5	Processo que induz mudanças curriculares	As necessidades advindas dos processos de integração, por demandas governamentais ou das comunidades, induzem mudanças curriculares.	8
6	Processo que promove a responsabilidade social da escola	Os vínculos estabelecidos entre escolas, serviços e comunidade oportunizam às escolas o desenvolvimento de políticas de <i>social accountability</i> .	14

Fonte: Próprio autor (2020).

Legenda: UR = Unidade de Registro

A seguir detalharemos cada categoria, exemplificando com trechos extraídos das entrevistas e que são representativos da mesma.

5.2.1 Processo que aprimora a formação

Na visão dos entrevistados, a integração, por ocorrer em diversos cenários da rede assistencial, aprimora a formação do futuro profissional ao orientá-la pelas reais necessidades do sistema de saúde e da população. Ao aumentar o tempo de preparo desse aluno para o exercício profissional no provável campo onde esse exercício se dará, foge da artificialidade provocada pela formação tradicional, centrada nos hospitais universitários, de nível terciário, que promoviam a formação em um cenário no qual a maioria dos egressos não se vincularia.

Tudo era dentro do hospital, tudo era feito dentro da própria instituição. E depois, saindo da faculdade, como egressa, a gente sente a dificuldade que era, né, de chegar lá fora e era totalmente diferente daquilo que tinha lá dentro (GE11)

Colocam a ênfase do ensino e da prática na atenção primária à saúde, corrigindo a distorção do ensino em unidades assistenciais ligadas às escolas, caracterizadas por serviços especializados e fragmentados, preparando o aluno para uma competência assistencial compatível com a fase de formação da graduação.

Porque o menino sai sem ver varicela [...] ele sai sem ver pneumonia da comunidade, infecção urinária, ele sai sem ver isso, ele vê o que? Ele vê o que acontece no hospital terciário (GE6)

Então é essa dificuldade que eu vejo. E daí fica tudo fragmentado [...] lá é diferente [...] os alunos estão bem inseridos no sistema lá. (GE3)

Para os entrevistados, a integração proporciona uma prática inserida na rede do sistema, amplia as possibilidades experienciais do estudante e torna o aprendizado mais contextualizado, dando maior significado à aprendizagem.

Isso amplia o processo educativo para além dos aspectos meramente técnicos do agir médico, promovendo a compreensão do aluno também sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

o aluno vai já desde do início [...] pra Unidade, né. _Não vai lá nos últimos anos, como iam uma época[...] acho que tem ajudado muito na formação profissional, dele olhar aquele contexto [...] daquelas pessoas onde elas vivem, as questões que envolvem aquele território, da violência, tráfico (GS4)

Por possibilitar a oferta de outros cenários além do assistencial, como gestão, educação e vigilância em saúde, a integração amplia o foco meramente assistencial, característico da formação tradicional centrada apenas no aparato da escola, e permite o desenvolvimento de outras competências previstas nos projetos dos cursos e nas diretrizes curriculares.

melhora aquilo que a diretriz coloca, porque ela coloca gestão em saúde, ela coloca educação em saúde (GE2)

Gestores de serviços apontam que as escolas buscam predominantemente os serviços como campos de prática assistencial, mas a natureza do processo oportuniza aos alunos integrarem-se a processos cotidianos do sistema não diretamente relacionados a prestação assistencial.

Evidenciam o reconhecimento de que o SUS é muito mais do que um sistema de prestação de assistência à saúde e de que a integração permite ampliar

experiências formativas para outras ações do cuidado, tanto mais esquecidas quanto mais centrado no aparato escolar é a formação.

da prestação da atenção e também toda área de vigilância (tecnológica, sanitária, metal, saúde do trabalhador), todas as ações de cuidado, com a população [...]o SUS é um sistema de saúde e nós fazemos coisas que ninguém fará, [...] dar para aquele, formando, aquele aluno, uma visão de um sistema de saúde, que às vezes ele não vai ter lá naquele ensino. (GS4)

A integração promove, para os gestores, uma educação baseada no sistema de saúde e melhora o conhecimento desse profissional sobre o sistema no qual desenvolverá sua prática.

se torna um profissional com uma visão mais holística, com uma noção mais real de como funciona todo o sistema de saúde (GE2)

O conjunto destas características abrangentes, é apontado como processo qualificador de docentes e de profissionais do serviço envolvidos com o ensino.

Melhora o teu atendimento, quando você atende e tem alguém que está te observando, (...) todas as tuas atitudes elas têm que ser, de alguma maneira, eu tenho que indicar o que eu estou fazendo. Porque eu não posso cobrar uma coisa, fazer uma cobrança por fora, atender mal o doente, é.... marcar uma cirurgia que não tem indicação. (GE1)

Esse aprimoramento, fruto de uma série de possibilidades que a integração ensino serviço propicia para ambos os campos, gera repercussões que se retroalimentam positivamente. A qualificação do preceptor apoia a formação do aluno, que será o futuro preceptor.

Aí você vê, se tivesse uma interface, um intercâmbio entre o professor e a unidade, todo mundo ia sair ganhando. _O professor ia ter bons preceptores, o preceptor ia ter conhecimento porque o professor está ali juntos, a população ia ter benefício [...]Porque ia ser bem atendida. (GE3)

Por fim, há o reconhecimento dos gestores de ambos os sistemas de que, à medida em que esse processo avança, percebe-se a formação de um egresso melhor, mais preparado para as demandas do sistema e da população.

Quando a gente recebe esse profissional, a gente percebe realmente que ele está mais pronto (GS8)

De um modo geral, para gestores de ambos os sistemas, a integração contribui para a melhoria de todo processo formativo, ao promover uma visão ampliada do sistema de saúde e das suas necessidades, ao favorecer o reconhecimento das condições de vida e necessidades da população, ao facilitar a compreensão dos determinantes de saúde e, principalmente, ao ofertar condições de formação mais adequadas à realidade profissional que a maioria dos egressos irá encontrar, quais sejam, as demandas por atendimentos em nível da atenção primária à saúde.

5.2.2 Processo que contribui para o desenvolvimento do SUS

A aproximação crescente entre escolas e serviços, ainda que em graus variados e aquém de todo potencial possível, tem trazido, para os entrevistados, inúmeros benefícios ao sistema de saúde.

O processo de integração entre escolas e serviços, segundo os gestores, propicia ao futuro profissional o conhecimento do sistema no qual irá atuar e, por conseguinte quais são as demandas de saúde da população.

[...] se o médico não está inserido no SUS, se a faculdade não o traz pra dentro do SUS durante a sua formação, ele compra essa noção de que o SUS não presta, de que o SUS é ruim; [...] e vamos deixar o SUS desassistido. Então ao estar ali dentro, com certeza ele aprende, porque ele vê no dia a dia as dificuldades do posto de saúde, das equipes, do médico que está lá e dos pacientes. E ele vê quanta coisa boa pode ser oferecida e quanta coisa boa é oferecida. E isso pode ser que o cativa a permanecer ali. (GS15)

Ainda em relação à formação de recursos humanos em saúde, a IES foi apontada como estratégia que estimula o vínculo dos egressos com o sistema de saúde.

Tanto é que vários dos nossos estudantes na época, hoje são profissionais da rede pública, por conta dessa participação no PET. (GE7)

Em termos assistenciais, a consolidação dos processos de integração ensino serviço resultou, conforme apontam os gestores de serviço, tanto na qualificação da assistência prestada pelas unidades envolvidas, quanto na ampliação da oferta de

novos serviços ao sistema. Isso em todos os níveis para os quais essa integração acontece.

a unidade de saúde do São Francisco [...] era exemplo pra toda a cidade, com diversos prêmios, levando essas experiências a nível estadual; justamente onde tinha [...] médico residente de saúde da família e que assumia pra ele o papel de líder, de organizar o posto de saúde (as agendas, as rotinas), com as equipes [...] Então dava uma diferença gigantesca pra outras Unidades. (GS15)

Então quando nós fomos como escola e fomos implantando nossos serviços [...] nós começamos em um hospital [...] que estava fechado. Faziam [...] só pronto atendimento bem básico, era quase um postão, [...] ruim, mal atendimento, a população reclamando [...] Nós entramos lá com a nossa equipe, adequamos o local, colocamos médicos. [...] hoje nós estamos com vários médicos (GE11)

A qualificação das unidades assistenciais integradas ao ensino é percebida de modo concordante no universo dos gestores de ambos os sistemas, avaliada pelos resultados finais expressos por elas.

A população estudada refere que as diversas formas pelas quais se dá a qualificação podem ser sintetizadas em três grupos principais. Primeiro a melhoria da assistência pela qualificação dos profissionais que atuam na rede. Esses profissionais têm maior nível de exigência acadêmica, têm um convívio mais próximo com os docentes e participam de mais programas de educação permanente, incorporando o aprender e ensinar ao seu dia a dia. Essa aprendizagem torna-se significativa e geradora de reflexões sobre os processos de trabalho, que transformam práticas profissionais e possibilitam tomar o cotidiano como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

essa integração, ela avança, melhora a minha prática, deixa o meu dia mais leve, porque eu faço uma reflexão sobre todo o trabalho e o objetivo, vejo a diferença da comunidade com relação a essa integração (GS5)

A presença dos acadêmicos, tanto na rede básica, quanto na rede hospitalar, ela, inevitavelmente, gera uma sinergia, vamos dizer assim, porque estão ali os professores, os preceptores e os acadêmicos. E na fase educacional, ou na fase de formação, tudo é seguido muito à risca, então o aluno aprende a fazer o que é certo, aprende o protocolo [...] tem que seguir rigorosamente, ele está sendo o tempo todo avaliado (GS16)

Em segundo lugar, a integração promove uma prática assistencial orientada em protocolos e diretrizes baseadas nas melhores evidências, o que contribui sobremaneira para a qualificação do processo assistencial.

e se criariam novos protocolos, novas diretrizes e isso se refletiria em melhores serviços pra população (GS15)

E, por fim, qualifica o processo assistencial ao dirigir as intervenções para as necessidades de saúde da população.

Então eu não trabalho com aquilo que é prioritário pra mim, eu trabalho com aquilo que é prioritário pro sistema. (GE10)

Entretanto, predomina ainda entre os gestores do SUS, uma visão da escola capacitando o serviço, de forma verticalizada, com processos mais assemelhados aos de educação continuada apenas, e muito associados a transferência de conhecimento.

os professores da faculdade podem oferecer capacitações para os nossos profissionais, das diversas áreas (GS15)

Outra característica da integração, na forma como ocorre no Paraná, é que ela tem possibilitado o aumento na oferta de serviços assistenciais à população. As necessidades por campos de práticas, intensificadas pela ampliação dos cursos médicos no Estado, associada às demandas reprimidas na oferta de serviços, tem favorecido esse resultado. Inclusive com investimentos na infraestrutura física por parte das escolas.

muitas das especialidades médicas, também não estão lá. Então a nossa presença, tem causado um grande impacto, principalmente ao redor da cidade. [...] Então, não tem médico ou tem em pouca quantidade, as especialidades são totalmente carentes. [...] colocamos médicos. (GE11)

a gente está numa situação, [...] num grupo forte do ponto de vista financeiro... [...] muitas entidades que querem a [...] dentro. [...] é visto como uma instituição de qualidade, [...] É alguém que chega e que faz mudanças... (GE1)

As relações entre escolas e serviços têm propiciado, em diferentes níveis, o desenvolvimento de pesquisas que tem se aproximado progressivamente das necessidades de resposta do sistema, além de apoiado a formulação de políticas públicas. O reconhecimento, por parte dos gestores do SUS, das possibilidades de

maior suporte das escolas em relação a produção de conhecimento a partir das suas necessidades é muito forte.

vários servidores de repente começaram a se envolver com essa questão mais acadêmica. E isso produziu efeitos muito interessantes [...] primeiro pelo produto final [...] nós sempre tínhamos uma participação...muito pequena em eventos, apresentação de trabalhos, coisas desse tipo...em julho desse ano, [...] teve o maior número de trabalhos inscritos. E [...] levou 25% dos prêmios (GS9)

Contribui para esses resultados, na visão dos gestores, a qualificação na gestão experimentada nos serviços que se integram de modo mais orgânico ao ensino. Isso é notado de modo geral pelos gestores das escolas e do SUS, em qualquer nível em que a integração se concretize.

apoio da nossa inteligência docente no sentido de ajudá-los a acrescentar mais subsídios para formular as políticas públicas de saúde. (GE7)

A participação da comunidade na formulação, fiscalização e deliberação das políticas do SUS representa uma importante conquista política. Garantir a implementação destas deliberações é um processo permanente de defesa do SUS. Para os gestores, os processos de integração entre escolas e serviços poderiam contribuir com o fortalecimento do exercício do controle social, sobretudo por meio da capacitação de conselheiros de saúde propiciada nos processos de IES.

Então o Conselho precisa de subsídio pra poder enxergar isso. _Precisa ter criticidade. E eu acho que aí, as instituições de ensino superior poderiam entrar, ajudando no processo de formação desses conselhos (GS5)

Em resumo, orientar a formação de recursos humanos para as necessidades do sistema e dirigir intervenções às necessidades de saúde da população, estimular o vínculo profissional do egresso com o sistema, promover o conhecimento do sistema por parte do futuro profissional, qualificar a assistência em todos os níveis, promover a educação permanente, qualificar a gestão do sistema, proporcionar uma prática crítica e reflexiva dos profissionais, produzir conhecimento técnico-científico para o SUS e fortalecer o controle social foram elementos encontrados nas falas dos gestores que evidenciam em suas concepções o papel da IES como importante processo de construção, manutenção e avanço do SUS.

5.2.3 Processo que amplia o desenvolvimento de competências

A demanda crescente por uma educação em saúde baseada em competências encontra nos processos de IES um terreno favorável para o seu desenvolvimento, conforme parece apontar a análise das entrevistas. A natureza desse processo estimula o desenvolvimento de competências que vão além das competências técnico-assistenciais características da formação tradicional. Ancorada numa diretriz curricular que define a gestão em saúde como uma das áreas de preparo dos futuros médicos e tendo a liderança como uma de suas dimensões a formação centrada em cenários reais, numa rede que envolve todos os níveis de atenção, gera no aluno a necessidade de “resolver” problemas concretos e constitui-se no maior estímulo para esse resultado.

...você enxerga que a integração pode ampliar a formação de competências desse aluno?

...Com certeza. Porque hoje você trabalha como? Hoje você trabalha resolvendo problemas, entendeu? (GS13)

Ao oportunizar o convívio interprofissional e permitir ao aluno experienciar com maior frequência práticas colaborativas em cenários de realidade, onde as demandas requerem com maior frequência relações intersetoriais e o uso da tecnologia leve, a IES desenvolve com muita potência competências de interprofissionalidade.

...porque como toda prática é integrada ela considera as competências específicas do profissional, mas ela está muito focada, a integração, ela ocorre muito naquilo que nós temos de comum, de competências comuns, de competências gerais, daquilo que todo mundo, no seu enfoque uniprofissional, ele desenvolve, porque é de uma competência geral. (GE10)

As competências de gestão e liderança no contexto em que ocorre a formação proporcionada pela integração entre escolas e serviços são expandidas, sendo pouco contempladas até então nos tradicionais processos formativos, segundo gestores dos serviços.

...é diferente você participar do grupo de tabagismo, por exemplo, lá na unidade básica de saúde e ser o médico que atende as pessoas que gostariam de parar de fumar. E é muito diferente você formular a política antitabagismo [...] e organizar todo esse fluxo e todas essas capacitações e todas as coisas que envolvem os trabalhadores. (GS9)

As diretrizes vigentes para graduação em medicina se desdobram em três grandes áreas: atenção, gestão e educação em saúde. Para os gestores, o potencial oferecido pela IES das escolas investigadas significa uma possibilidade de satisfação destas normativas.

Essas diretrizes de 2014 se você ler, você consegue formar um bom médico.

_Você acha que conseguiria desenvolver essas competências estando inserido no serviço?

_Consegue. (GE1)

5.2.4 Processo que induz a formação de uma rede gestora de política

Os moldes nos quais se concretizam os processos de integração ensino serviço estudados, caracterizados por um conjunto de escolas, secretarias de saúde, prestadores de serviço e órgãos de controle, atuando num mesmo território e sob um mesmo objeto, realçam fenômenos característicos de uma rede gestora.

Ainda que esse fenômeno não seja claramente percebido pelo corpo dos gestores e a gestão dos processos não se dê, de fato, em rede, muitos desses elementos emergem no cotidiano das escolas e serviços, ocupando as pautas de debates e influenciando as tomadas de decisões sobre a IES.

Observa-se que os gestores identificam a necessidade do reconhecimento e alinhamento mútuo de papéis e dinâmicas, das necessidades interinstitucionais e do planejamento conjunto das ações, estabelecendo obrigações, metas e objetivos comuns, contrapartidas equitativas e busca de complementaridade.

é muito importante, nessa Integração Ensino-Serviço, que o serviço compreenda que ele participa não só na execução, mas no planejamento, entendeu? Então quando você envolve o serviço desde o desenho da proposta, do planejamento, você garante que ele vá contribuir de uma forma mais efetiva, mais integrada, na execução e na avaliação do que for implementado (GE10)

O reconhecimento e a satisfação dessas características são enxergados como determinantes para o estabelecimento de vínculos eficazes, duradouros e que produzam os resultados esperados.

Eu acho assim, essa questão do todo que é o COAPES, com todo mundo é bom, foi bom, porque você tem todo mundo falando a mesma linguagem, olhando pro mesmo horizonte. [...] enxergando como é que é a parceria e

tal, mas depois eu acho que pra operacionalizar essa metodologia que a gente tentou manter, que é todo mundo junto, que é um comitê enorme, não deu, não fluiu (GS8)

No entanto, dicotomias importantes, características das redes de gestão, marcam as relações de integração ensino serviço vigentes no Paraná. A natureza dos entes componentes dessa política, os potenciais conflitos de interesse existentes, as relações pessoais sobrepostas às institucionais e diferentes graus de contrapartida foram indicados como desafios reais a serem superados.

Então a gente encontra essa dificuldade. Nós, como unidade pública não podemos pagar preceptorial, as particulares podem [...] podem fazer troca de serviço. [...] Então entre me escolher e escolher ela...(GE6)

isso aí vai muito do secretário de saúde escolhido pelo prefeito e com mudança a cada 4 anos... (GE14)

Ainda que sem compreender claramente os eventos envolvidos, depreende-se das falas o reconhecimento implícito de que a integração incorpora um elevado grau de complexidade nas relações que remete para além do estabelecimento de relações pontuais ou bilaterais entre dois entes.

sentávamos os 11 cursos da área da saúde, estudantes, gestores e professores, mais as secretarias municipais [...] foi de uma riqueza impressionante. [...] "O quê que eu posso fazer por vocês?", "o quê que vocês podem fazer para nós?" Essa conversa franca, aberta, todo mundo sentado junto. (GE7)

5.2.5 Processo que induz mudanças curriculares

O caráter prescritivo das diretrizes curriculares nacionais, ao definir novos parâmetros para a IES e ampliar a inserção do processo formativo no cotidiano dos serviços, gerou novas demandas educacionais, que não puderam ser atendidas pelos currículos tradicionais, segundo os entrevistados. Assim, reestruturação dos currículos, criação, supressão e modificação de componentes curriculares, dirigidos às novas exigências, tornam-se mais frequentes, impulsionados pela IES.

sou formado em 2006 e a nossa interação com os serviços era muito pequena [...] isso já mudou. Com a grade curricular os alunos estão mais envolvidos na atenção primária e tem alunos mais envolvidos. [...] eu acho que está avançando, mas não é aquilo que precisaria (GS12)

No entanto, observa-se que há uma grande diferença na proporção e velocidade com que essas mudanças curriculares ocorrem, sendo muito mais intensas nas escolas privadas mais jovens e um tanto menos nas jovens públicas e privadas antigas e praticamente inexistente nas escolas públicas antigas.

estamos conseguindo agora, muito timidamente, colocar os alunos do 1º período, em uma disciplina que entrou nessa reforma, que é a de território. (GE3)

Quer dizer, nós tínhamos uma especialidade que desapareceu esse ano. Simplesmente não conseguimos paciente [...] acharam outra forma de atender os pacientes. [...] a gente tinha um ambulatório de infecto, foi minguando, minguando, minguando... E ficou assim. Não tem paciente infecto. [...] é que quem tem tuberculose atende não sei aonde, quem tem HIV atende não sei aonde, quem tem Hepatite atende não sei aonde. Profissionais específicos em tuberculose, em hepatite, em HIV, em gestante com HIV [...] E, o ambulatório de infecto desapareceu. [...] Eu já até mudei. No lugar de infecto [...] Dobrei o ambulatório de pediatria, de ginecologia, otorrino. Porque a gente tem otorrino que estava no terceiro ano, mas lógico que terceiro ano não é lugar de otorrino, eu continuo achando. Aí eu achei um campo pra ele no quarto. (GE11)

5.2.6 Processo promotor de responsabilidade social da escola

Para os entrevistados, a integração abre um espaço propício para que a escola possa desenvolver e implementar políticas de responsabilidade social numa dimensão bastante expressiva se comparada às possibilidades em modelos tradicionais.

Isto decorre do fato da instituição de ensino corresponsabilizar-se com o atendimento dos problemas de saúde locais e comprometer-se com a melhoria das condições de vida daquela comunidade.

A outra coisa foi o objetivo da instituição [...] Qual é o objetivo da ciência, se não melhorar, ou transformar a sociedade? _Esse é o objetivo máximo. Não tem porque você estudar e tal, se você não pode influir na sociedade [...] a instituição tem que sair de dentro dela e realmente, efetivamente, modificar a sociedade (GE11)

5.3 Práticas de integração ensino serviço evidenciadas

Investigar as práticas vigentes dos agentes diretamente envolvidos com a gestão destes processos foi fundamental na compreensão ampliada desta temática.

A análise das entrevistas permitiu evidenciar 106 unidades de contexto, que se desdobraram em 186 unidades de registro, das quais emergiram 6 categorias que abrangem a totalidade das práticas experimentadas pelos sujeitos da pesquisa. Essas categorias de prática representam o modo pelo qual as relações entre escolas e serviços se concretizam no cotidiano de ambos. As categorias obtidas estão apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7. Categorias emergidas das práticas de integração ensino serviço do cotidiano dos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.

PRÁTICAS DE IES			
CATEGORIAS	SIGNIFICADO	UR	
1	Prática adaptada à assistência	Prática assistencial que assume características definidas pela natureza dos entes integrantes do processo e pelas demandas do sistema.	20
2	Prática condicionada pela realidade	Por ocorrer em cenários reais, a integração promove uma prática determinada pelas demandas emergentes do cotidiano dos serviços.	24
3	Prática construída pelo alinhamento de interesses da academia	Prática construída mais a partir do alinhamento de interesses e necessidades da academia e menos pela perspectiva de cooperação para o alcance de objetivos comuns.	40
4	Prática condicionada por contrapartidas	Prática condicionada pelas contrapartidas disponíveis na relação entre os entes.	36
5	Prática influenciada por dicotomias das redes gestoras de política	Prática que expressa dicotomias comuns nas redes gestoras de políticas.	41
6	Prática fracamente institucionalizada	Prática de caráter pontual, baseada em relações pessoais, sem políticas claramente expressas, fora das agendas prioritárias dos gestores e por vezes sem previsão contratual.	22

Fonte: Próprio autor (2020).

Legenda: UR = Unidade de Registro

A seguir detalharemos cada categoria, exemplificando com trechos extraídos das entrevistas e que são representativos da mesma.

5.3.1 Prática adaptada à assistência

De acordo com os investigados, as práticas de integração são fortemente marcadas pela assistência à saúde, uma vez que predomina uma cultura

institucional nas escolas e nos serviços de que a integração está muito relacionada à presença dos alunos nos campos de atendimento.

essa tendência de que o profissional da área da saúde (o aluno de graduação ou de pós graduação), [...] precisa ir para a assistência direta. Então ele vai pra unidade básica ou ele vai para o hospital, e é lá onde ele cumpre todos os seus requisitos (GS9)

Essa prática assistencial é reportada como sendo mais qualificada em relação àquela que ocorre desvinculada do ensino, podendo, no entanto, ser menos produtiva.

em virtude da questão acadêmica, ele é um procedimento mais bem avaliado [...] com isso, inevitavelmente, não é aquele fluxo rápido de entrada e saída de pacientes só com a finalidade de assistência. (GS16)

Essa desarticulação nas relações escola e serviço, que não planejam conjuntamente ou não tem clareza das responsabilidades de cada uma das partes, pode ocasionar também a fragmentação do processo, conforme evidenciado nas falas analisadas.

E na Unidade o quê que a gente via? O professor tá lá, de repente ele não tinha paciente, daqui a pouco é o paciente que se negava, daqui a pouco é o paciente que queria que só o professor atendesse. Quer dizer, desvincula totalmente da função dele ali. (GE3)

Resulta em qualificação dos profissionais do serviço, em virtude do contato continuado com o processo de ensino, das estratégias assistenciais desenvolvidas no enfrentamento das necessidades e por propiciar ao profissional a reflexão sobre sua prática assistencial.

Então o vínculo faz com que o médico estude mais, faz com que ele tenha um olhar diferenciado pro paciente, um olhar diferenciado pra equipe. (GS15)

Caracteriza, ainda, essa prática o fato de ser mais dirigida às necessidades da população e do sistema de saúde, alimentada pelas necessidades e interesses do serviço formador. Promove o compartilhamento de saberes e por isso é qualificadora da equipe como um todo.

ele é médico, ele vai pra atender paciente...essas coisas que têm que ser diferenciadas. Ele não vai só pra atendimento da assistência, ele vai fazer um plano de cuidados, entendeu? Olhar maior para o território, toda a integração da equipe, estar centrado na equipe, estar participando junto da equipe (GS13)

a presença do acadêmico naquele ambiente favorece esse interesse dos demais profissionais a se atualizar, a buscar, ou até mesmo acompanhando ali as atividades, acabam é, de maneira colateral, vamos dizer assim, absorvendo e se atualizando de alguma forma (GS16)

Costuma estar relacionada ao aumento na oferta de serviços assistenciais, como forma de atender aos interesses de escolas, que necessitam de cenários para as práticas, e dos serviços, que possuem demandas reprimidas em muitos setores.

Você auxilia. Tem muitos locais que [...] você não tem médico pra fechar uma equipe. Você pode ter lá uma equipe com estudantes e professores, então você, de certa forma, você auxilia também o próprio serviço e você traz um serviço de qualidade. (GE2)

Essa prática pode ir além do aspecto exclusivamente assistencial, podendo se concretizar em ações de vigilância, gestão e educação em saúde. São situações menos frequentes, em função de serem atividades pouco demandadas pelas escolas.

participação em cenários que não são assistenciais, [...] de gestão, de vigilância. A gente oferta também. Na vigilância eles vão, a gente oferta, mas (...)_Tem menos procura. Menos procura. (GS8)

5.3.2 Prática condicionada pela realidade

As demandas emergentes do cotidiano desses serviços refletem, na visão dos gestores, as necessidades da comunidade e determinam as práticas escolares vigentes.

é ela que dá a formação básica do aluno, que tem oportunidade então, de aprender na prática mesmo, na necessidade da população (GE11)

Então a gente tem percebido [...] uma preocupação de estar envolvido com aquela comunidade [...]na prática ali do dia (GS4)

Essa prática promove a integração do aluno à comunidade na qual o serviço se insere, dando ao profissional uma formação mais abrangente em termos da compreensão dos determinantes de saúde.

de estar também tendo um olhar dos determinantes sociais da saúde (GS4)

Enquanto prática de formação ela se constrói também com a finalidade de atender às políticas centrais, quer da saúde, quer da educação.

acho que a mudança curricular obrigou, praticamente, as instituições formadoras a se adequar. E concordando ou não as pessoas tiveram que buscar esse caminho. (GS4)

Nestas condições, a profissionalização da docência e dos preceptores emerge como requisito para o sucesso da estratégia dentro do processo formativo.

a gente só vai conseguir integralizar a partir do momento que conseguir profissionalizar a educação médica (GE1)

5.3.3 Prática construída pelo alinhamento de interesses da academia

A análise das práticas de IES existentes no cotidiano dos gestores entrevistados demonstra que a mesma é pautada muito mais pela busca de alinhamento dos interesses unilaterais de cada um dos entes, sobretudo das escolas, a satisfação de suas necessidades, o atendimento das suas expectativas, do que pela perspectiva de cooperação mútua para o alcance de objetivos comuns.

a escola vê o campo de estágio como um local pra resolver aquela demanda acadêmica e o campo de estágio (municipal, hospitalar, onde for), vê a formação como uma mão de obra barata (GS16)

Muitas manifestações dos gestores dos serviços expressam de modo claro que as escolas não constroem a IES buscando a complementariedade na relação. Mas procuram, por meio dela, apenas a satisfação das suas necessidades por campo de prática.

E aí, vem com um ideal: "eu preciso tal coisa, em tal momento, dessa forma". Então ela (escola) vem um pouco assim, mais prescritiva. E então chega com uma demanda específica deles. É como se não tivesse essa integração, fosse uma mão de duas vias, é como se ela fosse única, né, de quem está precisando da ajuda, vamos dizer assim. (GS8)

Como muitas vezes essas práticas são fundadas a partir dessas necessidades individuais, nem sempre toda potencialidade do processo é enxergada e explorada, tornando menos rico os resultados possíveis.

as coisas que nós temos para oferecer ainda são pouco consumidas pela academia e portanto voltam pouco para a Regional (GS9)

A partir desta perspectiva, sobressaem percepções de ambos os lados de que essa prática deixa de ser plena e constrói-se com lacunas geradas por expectativas não satisfeitas.

E a gente vive lidando com a doença...mas não, isso não é suficiente. Tem um passo a mais e a universidade não está olhando pra isso. Na minha visão de gestora. (GS4)

Outra característica evidenciada neste tipo de relação é que as escolas não se comprometem com as necessidades sanitárias da comunidade, demandando dos serviços pleitos que artificializam a realidade e acabam por reduzir o potencial da integração a um laboratório externo de práticas.

isso tem sido um acordo tanto com a Regional, como com a secretaria de saúde, em que a gente diz pra eles quantas pessoas nós vamos querer durante o atendimento (GE14)

Corroborando esse achado o fato levantado pelos gestores dos serviços de que a integração obedece a um calendário escolar distinto do calendário do serviço. Enquanto as atividades do serviço são contínuas, as escolas ainda mantêm calendários escolares tradicionais, com interrupção das atividades independentemente das necessidades sanitárias.

Porque a integração até acontece no momento em que está ali. Na hora que encerra o ano letivo, entram as férias, o serviço público continua [...] e a universidade não está mais ali. Nesse meio tempo, se o ano que vem for campo de estágio, volta, se não, não deixa nada. (GS16)

Gestores das escolas também identificam elementos de interesse na busca pela integração e que à medida em que se alinham aos seus condicionam as práticas vigentes. Esses interesses costumam estar relacionados a busca de parcerias que possam suprir carências dos serviços e a transferência de responsabilidades sanitárias em locais problemáticos.

Hoje tem gente [...] da secretaria de um lugar, da secretaria de outro buscando “a gente queria que vocês fossem lá com a gente e tal e tal e tal”. [...] Então a gente vai [...] nós vamos lá visitar, olhar como está a situação. Tivemos também demanda da própria promotoria pública pedindo “olha, vocês não querem assumir tal local? Porque é uma população muito carente”. (GE11)

Junto a um fragmentado processo de pactuações, essa prática pode ocorrer a partir de interesses unilaterais segmentados dentro das próprias instituições, em que unidades como departamentos agem isoladamente e buscam contemplar interesses sequer pactuados com o conjunto da escola.

o departamento de tocoginecologia tinha um acordo pra que os alunos fossem na [...]. pediatria tem algumas Unidades e as UPAS. Então eles é que veem os locais e fazem os contratos. Precisavam ver o curso como um todo. [...] o que acontece, cada um faz lá, suas especialidades e ninguém está vendo o todo. (GE3)

A pactuação por meio dos instrumentos propostos pelos dispositivos normativos existentes, revela, de modo categórico, que o princípio norteador da negociação, e conseqüente desdobramento prático, é o ajuste de interesses.

5.3.4 Prática condicionada por contrapartidas

Muito presente quando se fala em integração ensino serviço são as contrapartidas envolvidas nessa relação. Pelo lado dos serviços, relacionam-se em maior grau contrapartidas que possam suprir carências assistenciais, quer de profissionais ou recursos especializados, quer de infraestrutura física, financeira ou de equipamentos. E, em menor intensidade, aquelas relacionadas ao desenvolvimento profissional do quadro de trabalhadores do SUS.

é mais você, como gestor, que atende as necessidades da escola? De alguma forma essa integração te ajuda?

_Ajuda, mas eu ainda acho que a secretaria de saúde que ajuda mais, as instituições. Então a gente deveria ter um retorno maior, às vezes inclusive, financeiro, às vezes com serviços melhores, com rotinas melhores, mas isso é uma construção. (GS12)

tem as ofertas da academia. Como acesso a biblioteca [...] Treinamentos, fazemos muitos treinamentos. [...] o laboratório de simulação que ele é inclusive usado direto. (GE11)

Do lado das escolas, as contrapartidas resumem-se à solicitação por cenários de práticas e episodicamente campo de pesquisa, mas nunca demandas de outras naturezas, como a participação dos serviços no planejamento de atividades educacionais, por exemplo.

É, acho que ela [escola] pensa só como um campo de estágio e não como uma parceria, que poderia trazer outros... (GS12)

Essa perspectiva das contrapartidas é percebida como a possibilidade de uma relação vantajosa para ambos os entes e outras vezes expressam-se pelos desequilíbrios existentes.

Eu acho que eles (serviços) têm demandas que a gente poderia ajudar e acho que a gente não ajuda. (GE7)

As relações que resultam são condicionadas às possibilidades de atendimento dessas demandas, ocasionando práticas distintas para o mesmo território, dependendo das características dos entes participantes ou simplesmente não ocorrendo.

Nós estamos vivendo um drama na maternidade municipal [...] nós estamos dividindo espaço, dividindo espaço, porque os internos da [privada] com os internos da [pública] dividem os plantões, então eu [...] tirei os meninos da noite porque não tinha preceptor, para ter um aluno lá tem que ter um preceptor. Não tinha preceptor à noite eu coloquei os alunos de dia. O que que a [privada] veio, veio pegou da 18h à meia noite, o plantão cinderela, colocou o preceptor, paga um “plus” para poderem ir lá, entendeu? Eles estão errados? Não eles precisam de campo igual eu. (GE6)

Gestores das instituições de ensino, sobretudo públicas, indicam que a natureza intrínseca dos entes que compõem a integração está diretamente responsabilizada por isso. As possibilidades de contrapartidas abertas encontram limitações sobremaneira no ente público, quando comparado ao privado. Isso pode,

principalmente em áreas comuns de abrangência, gerar desequilíbrios nessas práticas.

As particulares podem fazer troca de serviço [...] reformar uma Unidade Básica, [...] pôr um preceptor, [...] pagar a enfermeira ou o médico que está na Unidade Básica. (GE6)

Principalmente porque essas contrapartidas podem assentar-se em bases financeiras, assistenciais, de acesso aos serviços, de educação permanente, de troca de recursos humanos, físicos e de serviços. Para as quais a flexibilidade do ente privado é um facilitador.

E aí eu vejo, infelizmente, talvez mais facilidade nas instituições privadas, porque o público é engessado. (GS12)

Por outro modo, as práticas podem ser oportunizadas justamente pelas contrapartidas possíveis de serem ofertadas em função do interesse do ente parceiro. Basicamente ligadas ao suprimento de carências que os serviços possuem e diretamente relacionadas às dificuldades em supri-las.

Nós conseguimos entrar aqui com profissionais [...] inclusive não só médico mas muitas vezes a unidade precisa de outros profissionais... "Ah, eu estou precisando de uma pessoa pra gerenciar tal lugar..." "Ah, eu preciso de um técnico de Raio X e eu estou sem técnico e não tenho como contratar". Então essa questão que nós temos facilita bastante. (GE11)

Ao condicionar a prática em função da contrapartida, um dos efeitos apontados é a artificialização da integração. Como a base da integração é concebida pelos gestores como a formação no cenário real, qualquer relação que implique em descaracterizar essa condição, como a utilização de preceptoria vinculada à escola, mas não pertencente à rotina do serviço, é apontada como uma prática não ideal.

Então se nós queremos que um estudante nosso aprenda na atenção básica, a escola precisa providenciar um profissional que não é o profissional da saúde daquele local para que vá atuar lá. Então é uma situação cosmética. [...] Ela não é uma situação real. Não é o profissional que é formado no dia a dia que vai auxiliar os nossos estudantes a entender a realidade da prática, é alguém que eu vou contratar pra colocar lá. (GE7)

Cenários ricos do ponto de vista formativo deixam de ser incorporados às práticas da integração pela impossibilidade nas contrapartidas que poderiam viabilizá-los, aliado a condições educacionais limitadoras da IES.

na zona rural precisa muito e ninguém quer, porque assim, ou a universidade... a gente já até tentou oferecer o nosso transporte, porque a gente tem um transporte [...] de funcionários, de adequar o nosso transporte pra levar o aluno. Mas depois é o professor que não vai todo dia ou é o aluno que tem alguma dificuldade, algum problema. Então, é, zona rural não tem ninguém e é rico. (GS8)

Evidenciou-se, ainda, que nem sempre estão previstas nos respectivos instrumentos contratuais as obrigações mútuas ou as contrapartidas existentes na prática. Estas, muitas vezes, acabam surgindo e se modificam de acordo com a dinamicidade natural da relação.

A presença nossa na Unidade detecta uma necessidade, a própria Unidade busca a gente com aquele grupo que está lá e fala "ah, então, pois é, nós estamos com muito problema assim, assim, assim" e aí a gente acaba trabalhando em cima disso e ajudando a resolver aquele problema, sem ter um contrato, vamos dizer assim. (GE11)

Resta, por fim, uma percepção forte por parte dos gestores dos serviços de que essas práticas são marcadamente desiguais, com as escolas devolvendo menos do que recebem no atendimento às suas necessidades.

e o próprio pessoal da avaliação falou: "o município oferece demais para a instituição e a instituição devolve nada para o município", devolve muito pouco. Porque ela está utilizando de toda rede pública, está capacitando os seus profissionais mas, em contrapartida, o que está ganhando o município com isso? (GS15)

Ainda que alguns gestores escolares, em menor grau, também reconheçam que a relação de contrapartidas é desigual.

5.3.5 Prática influenciada por dicotomias das redes gestoras de política

As entrevistas demonstram que as práticas de integração são especialmente determinadas em função da natureza dos entes que participam dessa relação. Essas distintas naturezas promovem práticas diversas, ainda que nos mesmos

territórios e com os mesmos entes. Isso pode ser explicado pelo fenômeno dicotômico comum às redes gestoras de política.

A flexibilidade da gestão das escolas privadas, comparadas às públicas, determinadas por questões culturais das instituições e pelas restrições da legislação, determinam para aquelas, possibilidades muito mais amplas de relacionamento, com expressão de uma prática ampliada de oferta de serviços e cenários.

_Facilita... Que são as contrapartidas. Olha, eu diria assim, tem duas situações. Eu estive numa universidade privada e numa pública [...] Na particular, o que facilita muito isso? A flexibilidade que nós temos. (GE11)

Entre essas possibilidades aparece o pagamento pelo uso dos cenários de prática, numa lógica de consumo do serviço, o que caracteriza um tipo de prática distinta da que se estabelece com a escola pública, principalmente ao assumir que o papel da escola está contemplado no pagamento pela relação, não cabendo, portanto, considerações de outra natureza quanto a isso.

aqui é uma escola privada, então a gente tem [...] uma relação, que é uma relação financeira com os outros serviços, que nós pagamos para estar ocupando determinados espaços. (GE1)

Sendo essa relação financeira bilateralmente pactuada e não uma negociação coletiva entre todos os partícipes, isso propicia uma relação desigual entre entes que não tem nessa contrapartida uma possibilidade, conforme apontam os gestores das escolas públicas.

Eventuais conflitos de interesse, ressaltados pela presença de antinomias no processo, conformam práticas que se distinguem também em função dos cenários nos quais ocorrem. Nos tradicionais ambulatórios hospitalares pertencentes às escolas, as práticas fluem de modo distinto em relação às unidades de saúde em que o preceptor é pago pela escola e mantém vínculo com a instituição do serviço, gerando entendimentos diversos que condicionam as práticas existentes.

Na atenção primária nós temos um problema porque o professor, o médico da atenção, como preceptor que recebe, aquelas horas que ele recebe atendendo mesmo junto com o aluno, não fazem parte das horas que ele tem dentro do trabalho dele em atenção primária. Então ele tem que cumprir um outro horário aqui, pagar outro horário. Isso não acontece nos hospitais, isso não acontece nos ambulatórios. [...] Então você acaba limitando bastante os colegas que trabalham. O que não acontece no hospital, o que não acontece em ambulatório. (GE2)

A organização administrativa interna dos entes partícipes também aparece como determinante da construção das práticas vigentes. Conforme a gestão interna, essa prática pode se dar de modo fragmentado, departamentalizado e desvinculado de uma unidade do curso.

pra nós, normalmente quem faz o vínculo é o departamento. Então, por exemplo, o departamento quer que os alunos estejam na Unidade X, aí o departamento é que faz [...] o contrato com eles. A gente só fica sabendo, daí que tem os contratos feitos e, é, para onde os alunos vão. (GE3)

Além das possibilidades de como são as negociações internas em aceitar as políticas propostas institucionalmente. O maior ou menor alinhamento de entes e sujeitos às diretrizes centrais também demonstram condicionar as práticas produzidas pela integração.

e a disposição do professor de sair daqui de dentro para ir pra outro local, sabe? Porque essa também é uma dificuldade, às vezes o professor fala assim "ah não quero, não vou". (GE3)

Bem como as relações pessoais que se estabelecem e determinam a maior ou menor possibilidade de integração e seus limites na prática.

Acontece assim, eu tenho na Unidade Básica de Saúde, um ex aluno que é muito gente boa, aí a coordenadora do internato na área, ou a coordenadora do [disciplina] (que seria a hora que eles deveriam ingressar como médicos na Unidade Básica de Saúde), ela vai lá, pede pelo amor de Deus, negocia, negocia, negocia, ele recebe 3. (GE6)

Ainda, profissionais recrutados para a preceptoría entendem e definem em parte o nível de relação de prática a partir da satisfação de vantagens para si, como compensação de horas, liberação para viagens, volume ou número de atendimentos, mas sobressaindo com muita evidência a vantagem pecuniária, independente da política institucional.

Então eu acho que se o médico tivesse esse incentivo para ser preceptor, está certo, e, a unidade desse incentivo eu acho que aí ele seria... (GE6)

A depender da natureza dos entes, essas mesmas práticas, nos mesmos contextos, sofrem diferentes processos de fiscalização pelos órgãos de controle.

no meio de tudo isso tem todos os órgãos de controle que veem, com, talvez não tão bons olhos, essa interação, quando nós temos as universidades privadas. (GS12)

Por último, emergem das falas os conflitos resultantes de normas centrais com os interesses locais. imprimindo características próprias às práticas de IES.

O SUS tem que prever a mesma norma para o Brasil inteiro e isso é um desafio intangível. Não tem como você imaginar a dificuldade que é isso. (GS16)

Essas foram as principais dicotomias identificadas nas práticas de integração vivenciadas nas escolas médicas do Paraná e que determinam, em parte, como se manifestam as práticas de IES nesse território.

5.3.6 Prática fracamente institucionalizada

A prática pouco institucionalizada pode ocorrer como resultado de escolas que não assumem responsabilidades sanitárias e estão pouco inseridas nas rotinas do serviço e de serviços que pouco participam das definições pedagógicas dos programas de ensino. As relações se estabelecem sem que os entes adaptem suas dinâmicas às necessidades dos processos de integração.

Mas de uma forma assim, é como eu falo, não é institucional, é um grupo que um precisa do outro e está ali se relacionando de um jeito, “ah não eu posso de te ajudar nisso, não eu posso”. Mas não é não ficou uma coisa institucional. [...] O campo de estágio é o de menos vamos dizer assim. (GS8)

Essas práticas são marcadas pela falta de planejamento conjunto das atividades desenvolvidas e pela não integração, de fato, da escola às equipes das unidades. Os profissionais do serviço ainda enxergam as atividades de ensino como alheias às suas rotinas.

professores da psiquiatria, que estão numa Unidade de Saúde, com dificuldade para o atendimento [...] Eles têm pacientes agendados no nome deles e ainda assim são tratados como corpos estranhos. (GE3)

A ausência de políticas específicas para sustentação dessas práticas, como a não adequação estrutural das unidades para o ensino, também reforça esse aspecto.

a gente tem dificuldades importantes, né. Por exemplo, às vezes você não tem um computador e uma mesa para o aluno, sabe? Assim, você não tem um espaço, garantido, reservado para ele poder estudar, um espaço garantido e reservado para ele fazer reunião com o tutor. Então uma hora ele está em cima, outra hora ele está embaixo, outra hora ele está aqui. (GS9)

A falta de prioridade nas agendas em relação a integração, como a dependência excessiva das relações pessoais para sua consecução e a baixa participação do controle social são características explicitadas pelos gestores que indicam essa baixa institucionalização manifesta nas práticas vigentes.

Mas é aquilo [...] a gente, como secretário, vive "numa" luta tão grande, apagando fogueira, que às vezes o planejamento para desenhar melhor o ensino e a interação, não sobra tanto tempo. (GS12)

Bonitinho no começo, aí então você consegue colocar 3 numa unidade, vai negocia, negocia, negocia e consegue colocar mais 3 noutra unidade e assim você vai negociando mas depende exclusivamente do profissional que está lá. (GE6)

As práticas, muitas vezes, ocorrem apenas pela adesão a programas e projetos oriundos do governo central, refletindo um baixo grau de institucionalização da IES, pois esses programas são caracterizados por começo-meio-fim e refletem a pré-disposição dos gestores na sua existência, continuidade e término. Costumam ser práticas que se extinguem com o término dos programas e acabam por terem um caráter pontual.

O Inova SUS eu consegui fazer um trabalho com um serviço [...] eu consegui colocar os meninos nas unidades básicas de saúde, treinar pessoal, fazer vídeo pôr para a referência e fazer epidemiologia da região norte, fazer pesquisa, foi tudo um trabalho. Dentro de um programa específico. (GE6)

Este conjunto de dados levantados apontam para uma prática de caráter pontual, inconstante, marcada por improvisos, sem políticas de sustentação claramente definidas, com ações por vezes sem previsão contratual e distante do controle social. Reflexo da pouca prioridade dos gestores com esse processo.

As mudanças cíclicas de governos municipais e estaduais tornam isso evidente na medida em que essa prática se modifica completamente, deixando de ser algo bom ou prioritário para determinado governo, sobretudo se de oposição. Governos mudam as prioridades e entendimentos e a manutenção das práticas de IES precisam ser novamente renegociadas e gestores novamente convencidos.

nós tínhamos um município que a gente tem uma construção grande durante 8 anos, assinamos o COAPES com o município aqui e quando mudou de prefeito, que era um prefeito de oposição, tudo que foi feito na gestão anterior, independente se era bom ou ruim, foi caracterizado como ruim. (GE7)

5.4 Fatores facilitadores e/ou dificultadores para a integração ensino serviço

Da análise desta dimensão identificou-se 132 unidades de contexto, com 242 unidades de registro, das quais emergiram 7 categorias presentes nos discursos de gestores acadêmicos e de serviços, cuja presença em maior ou menor grau podem representar fatores que facilitam e/ou dificultam este processo. As categorias obtidas estão apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8. Categorias emergidas a partir da identificação dos elementos facilitadores e dificultadores da integração ensino serviço pelos sujeitos pesquisados, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.

FATORES FACILITADORES E/OU DIFICULTADORES DA IES			
CATEGORIAS		SIGNIFICADO	UR
1	Grau de alinhamento local às políticas nacionais de saúde e educação	Projetos pedagógicos e de serviços concebidos, aceitos internamente e alinhados às diretrizes nacionais.	40
2	Reconhecimento interinstitucional de complementaridade	Entendimento da necessidade de apoio mútuo dos entes, em todos os níveis, nos objetivos e processos, nas necessidades e resultados.	24
3	Profissionalização das atividades de ensino	Desenvolvimento permanente de docentes e preceptores.	28
4	Grau de institucionalização da integração	Expressa na prioridade da política para a escola/serviço, na capacidade em atender normas centrais (rígidas e distantes da realidade local), na menor presença de ações pontuais (programas, projetos) e temporárias, na menor dependência de pessoas, na maior capacidade de atender às necessidades locais e no financiamento permanente.	24
5	Processos de gestão da integração dos envolvidos	Aspectos relacionados aos processos de gestão da integração dos envolvidos, às suas características operacionais, a presença de <i>staff</i> dedicado e qualificado,	73

FATORES FACILITADORES E/OU DIFICULTADORES DA IES			
CATEGORIAS		SIGNIFICADO	UR
		processos de comunicação, suficiência de recursos, papéis explícitos, reconhecidos e aceitos, disposição em assumir novos papéis, continuidade dos processos, atuação do controle social, adequada integração entre o pactuado e o executado, presença de estratégias para mediação de conflitos, contratualização e avaliação dos resultados.	
6	Arcabouço jurídico vigente ligado a integração	Normas reguladoras que suportem a complexidade do processo e minimizem antinomias.	21
7	Singularidades dos serviços que participam da integração	Características dos cenários nos quais se concretiza a integração (infraestrutura, nível de atenção, localização, qualidade assistencial, estratégia da atenção).	32

Fonte: Próprio autor (2020).

Legenda: UR = Unidade de Registro

A seguir detalharemos cada categoria, exemplificando com trechos extraídos das entrevistas e que são representativos da mesma.

5.4.1 Grau de alinhamento local às políticas nacionais de saúde e educação

A capacidade das escolas em alinhar seus projetos pedagógicos às diretrizes nacionais da educação, prevendo neles a integração com os serviços, foi apontado como elemento que pode facilitar ou dificultar a integração ensino serviço.

Então os professores estavam nos seus ambulatórios de especialidades e os alunos eram inseridos neles. Quando vieram as diretrizes, que disseram assim, "não, a especialidade é isso, mas o aluno tem que ter isso", essa foi a dificuldade, e está sendo ainda para alguns, de entender aonde... "esse aluno vai ter que aprender isso aqui, tá?", "mas não tem aqui no hospital, não", "então não tem, vamos para fora"; então é o ir pra fora que está sendo difícil. (GE3)

foi um curso que já na sua proposição inicial, tinha já essa sensibilidade com a realidade, com a necessidade da sociedade, pra integração ensino-serviço. (GE10)

A capacidade das diretrizes em atender às necessidades e especificidades locais foi também apontada como fator importante para o desenvolvimento da integração. O costume nacional, em prever normas rígidas, com excesso de detalhamento, incapazes de reconhecer as peculiaridades regionais, num país grande e diverso como o Brasil, indicou aumentar o grau de dificuldades da integração.

Paradoxalmente, diretrizes centrais prescritivas, ainda que nem sempre ajustadas a realidade local, foram citadas como favorecedoras do desenvolvimento do processo de integração.

acho que a mudança curricular obrigou, praticamente, assim, as instituições formadoras, a se adequarem. E, concordando ou não, as pessoas tiveram que buscar esse caminho. (GS4)

Esse mesmo alinhamento institucional deve se dar no âmbito do corpo interno das instituições, segundo os entrevistados, com conhecimento e aceitação das políticas nacionais para o setor, a fim de facilitar o processo de integração.

Precisavam ver o curso como um todo. [...] cada um faz suas especialidades e ninguém está vendo o todo. Eu lembro quando a diretriz de 2001 foi implantada, a dificuldade que teve para os professores aceitarem, aceitarem não, entenderem o que é uma diretriz curricular. (GE3)

O planejamento e a organização dos serviços pela gestão, em função do conhecimento e adesão às mesmas políticas nacionais de educação e saúde, buscando ativamente o estreitamento da relação com as escolas, em todos os seus aspectos, assistenciais e estruturais, promove um terreno mais propício a instalação dos processos de integração, de acordo com os gestores dos serviços.

gente vê, viu a importância de preparar, seja qualquer dispositivo de saúde (seja uma UBS, uma UPA), pra atender essa interação. (GS12)

As políticas indutoras da IES, utilizadas ao longo do tempo, foram apontadas como extremamente úteis para os processos de desenvolvimento da integração ensino serviço.

Então, quando vem o projeto PET-Saúde (a gente teve o PET-Saúde 1, o PET-Saúde 2, o PET-Saúde 3), isso formaliza que o preceptor é uma pessoa importante e ele passa a receber uma bolsa, isso ajudou muito. (GE7)

5.4.2 Reconhecimento interinstitucional de complementaridade

O reconhecimento de objetivos comuns e o entendimento da necessidade de apoio mútuo entre os entes nos processos, necessidades e resultados, em todos os

níveis da hierarquia institucional, constitui-se em importante elemento no processo de integração.

Ao reduzir a integração a uma troca baseada em necessidades unilaterais dos entes, o processo da IES torna-se empobrecido. Para os gestores, ao perceber no outro partícipe objetivos complementares, elementos que são considerados empecilhos à integração tendem a ser minimizados.

a academia, ela tem como contribuir em algumas áreas que os serviços [...] são muito deficientes [...] nós temos competências, por exemplo, na área [...] Saúde Pública, de planejamento, de avaliação, em que os serviços têm as vezes essa carência. (GE10)

Muitas vezes, a limitação do processo ao cenário de prática assistencial tem feito com que as escolas não enxerguem potenciais locais para a integração e esse desconhecimento redunde em não retorno de todas as potencialidades possíveis da IES, visão especialmente compartilhada entre os gestores de serviços.

Para a área médica, [...] eu acho que inclusive a Regional não foi escolhida como um cenário de prática, exatamente por desconhecimento. (GS9)

Um dos elementos que corrobora com a pouca complementariedade percebida nas relações de integração, segundo os dados, é o baixo grau de pesquisas conjuntas entre escolas e serviços.

Porque nossa, isso está nos chamando atenção, entendeu? [...] essa fronteira epidemiológica, nós ficamos, nós no serviço olhamos, nós precisávamos ter uma ajuda e a universidade olha pouco para isso, entendeu? (GS4)

Um aspecto que se depreende das falas dos gestores das escolas privadas é que a imagem institucional de sucesso é um elemento importante no estabelecimento dessas relações, na medida em que agregam valor à parceria.

O nome da instituição [...] eu diria assim que o reconhecimento da seriedade, né. Isso é importante. Que ninguém vai se envolver ou vai querer se envolver em uma situação que ele sabe que vai dar problema. Então assim, o histórico nosso, no caso, [...] que apesar de ser pequeno [...] nós temos um histórico de sucesso. Em todo lugar que nós estamos não tem nenhum problema até hoje (GE11)

A identificação de interdependência mútua, manifestada em todos os níveis e identificada nos processos de pactuação, se converte em apoio mútuo para construção de objetivos próprios e comuns e facilita a integração de acordo com os gestores ouvidos.

quando você envolve o serviço desde o desenho da proposta, do planejamento, você garante que ele vá contribuir de uma forma mais efetiva, mais integrada, na execução e na avaliação do que for implementado (GE10)

5.4.3 Profissionalização das atividades de ensino

A pouca profissionalização dos docentes, bem como dos preceptores, para as atividades de ensino é apontada como elemento que dificulta o desenvolvimento da integração ensino serviço. A inexistência ou a pouca institucionalização de ações de desenvolvimento permanente desses atores se refletem em dificuldades na operacionalização da integração.

A formação dos preceptores e a formação também docente, porque a Medicina, o que eu vejo, eu sou um professor de Medicina, mas eu sou médico antes de ser professor. A maior parte de nós, eu inclusive me incluo nisso, não tem ou não tinha, ou está buscando uma formação como professor mais sólida. A educação é uma área pra nós e eu vejo por experiência nossa aqui que é uma área desconhecida. (GE1)

Essa profissionalização para a educação compreende, para os gestores das instituições de ensino, não apenas os aspectos relacionados ao ensino, mas também aspectos relativos à gestão educacional. Da compreensão do que seja uma diretriz, do planejamento da atividade, da gestão curricular e do estabelecimento de objetivos e metas educacionais.

você trabalha em situações que às vezes elas envolvem educação médica, mas envolvem também decisões que são decisões que são morais, éticas, financeiras, políticas; tem um monte de coisa que só a educação não vai resolver (GE1)

Gestores dos serviços qualificados para a gestão dos processos de integração e suas particularidades são condicionantes importantes para o bom desenvolvimento da IES.

Eu acho que um grande dificultador, quando se pensa em integração ensino e serviço, eu acho que é a própria qualificação dos gestores (dos serviços). (GE10)

A presença de pessoas envolvidas na integração que transitam entre estes dois campos tem se mostrado como facilitador dos processos de integração. Seja pela experiência acumulada em ambos, seja pelo reconhecimento das especificidades de cada setor. Experiências em que estratégias fomentam esse trânsito se mostram potentes em gerar resultados positivos.

uma coisa que dificulta às vezes, é o professor da academia que não tem experiência no serviço [...] Então, acho que você ter pessoas que transitam nos dois campos [...] ajuda muito. Então você ter servidores que fazem mestrado, que fazem doutorado, que participam de projetos de pesquisa sabe, assim, isso é uma coisa que ajuda muito. (GS9)

5.4.4 Grau de institucionalização da integração

Muitas ações de integração que ocorrem nas escolas médicas do Paraná demonstraram ser fracamente institucionalizadas. Consideramos elementos indicadores da institucionalização da IES o grau de dependência que o processo possui de pessoas, a falta de um financiamento permanente para a política de integração, a maior dependência dos programas pontuais e temporários e a posição que a integração ocupa na pauta de prioridades dos gestores de ambos os sistemas.

Foram identificadas características nessas relações que evidenciaram que as convicções pessoais e políticas dos atores do processo, seja na execução ou gestão, são mais determinantes dos resultados obtidos do que as pactuações institucionais.

você avança e muitas vezes dependendo da gestão que está conduzindo a política de saúde. (GS5)

Recursos condicionados a programas e projetos pontuais, indutores da IES, em detrimento a um financiamento permanente foi apontado como fator enfraquecedor das políticas de integração. Ciclos de avanço e estagnação marcam essa prática.

Então a gente teve uma retomada, ainda que de leve, tivemos que ter mais reforço do Governo Federal na época, né, ajudando no financiamento e na supervisão inclusive. (GS5)

Emergem do material analisado constatações que refletem o quanto a integração ensino serviço está longe da agenda de prioridades dos gestores de ambos os sistemas. Disso resultam grande parte das fraquezas evidenciadas no cotidiano desses processos e que comprometem a viabilização da estratégia.

Falta de pré disposição do gestor, tanto municipal, quanto estadual mas, a gente nota isso mais nos municípios; e do gestor da universidade, se é que podemos chamar assim, (quem é, são os responsáveis pela academia). No sentido de se aproximar efetivamente da prefeitura, se aproximar do governo estadual, com propostas. (GS16)

5.4.5 Processos de gestão da integração dos envolvidos

Aqui identificamos os processos de gestão que ocorrem internamente nas escolas e serviços, bem como aqueles relacionados à gestão conjunta do processo de integração e que demonstraram ser fortes influenciadores da viabilidade da integração.

A presença de um *staff* dedicado e permanentemente qualificado para a gestão do processo, capaz de lidar com a complexidade dos elementos presentes, surgiu como unanimidade enquanto fator influenciador da viabilização da IES.

Então ele organiza, esse centro, ele é responsável, tem um regulamento para essa entrada das pessoas, tanto para o campo de estágio, quanto para visitas, quanto para pesquisa dentro dos nossos serviços. (GS4)

A organização administrativa dos partícipes também apareceu como determinante em grau maior ou menor de facilitação para o estabelecimento das relações de integração.

na estrutura da [...], o trabalho da coordenação, ele é muito amarrado. Porque no organograma da universidade, a coordenação está na mesma linha dos departamentos. Então a coordenação não tem gerência de chegar lá no departamento e dizer assim, “olha não gostei disso que vocês fizeram” [...] “essa aula não está boa”, “esse programa de vocês não está...”, sabe? Nós [...] temos essa dificuldade. Ainda é o departamento quem manda, é o

professor daquela disciplina quem manda, sabe? A disciplina não é do curso, é dele (GE3)

Outra abordagem demonstra que a presença de determinados elementos como a maturidade, a efetividade e a consolidação da gestão da integração tornam mais fácil ou difícil o fortalecimento da IES.

A falta de atribuições explícitas, reconhecidas e aceitas entre os entes e os atores envolvidos nas relações de integração aparecem como elementos dificultadores desse processo.

Outra coisa importante é a relação hoje que é o que é um preceptor? O que é um supervisor? Esse preceptor é da rede, não é da rede? Uma dificuldade de entendimento, tanto dos profissionais (GS12)

A capacidade para o planejamento conjunto e rotineiro das atividades é trazido como facilitador da IES.

Processos de comunicação foram apontados de modo recorrente pelos investigados como fatores que influenciam os processos de gestão da IES.

Um outro aspecto que eu acho que impacta nessa dificuldade é a comunicação. Eu diria até mesmo uma gestão mais eficiente da comunicação. (GS16)

A disposição em assumir novos papéis, diante da dinamicidade do processo e das mudanças de paradigmas necessários, foi apontada como facilitador da integração.

Só acho que a barreira maior é essa barreira de você chegar lá e dizer não... Isso aqui a gente enfrenta. (GE1)

Instrumentos contratuais adequados, que alinhem as necessidades coletivas de modo satisfatório, que permitam a mediação adequada de eventuais conflitos, que prevejam todos os aspectos pactuados e que avaliem os resultados alcançados são considerados pelos gestores facilitadores importantes para a política de integração e encontram variados graus de satisfação entre os entrevistados.

E o envolvimento do controle social na gestão dessa relação aparece como elemento que pode contribuir com a manutenção da política de IES, garantindo sua constância e fortalecimento.

Eu acho que o envolvimento da coletividade, o controle social, ele é mais efetivo, digamos assim, na manutenção dessas políticas, porque muda a gestão do governo, mudam os objetivos, mas o controle social permanece, porque a população é a mesma (GS5)

5.4.6 Arcabouço jurídico vigente ligado a integração

De acordo com os entrevistados, entre as questões que mais influenciam os processos de integração está o arcabouço normativo vigente para o processo. Sua capacidade em prever todos os aspectos envolvidos nessa complexa interação e, com isso, minimizar antinomias pode torná-lo um facilitador ou dificultador do processo. Interpretações variadas dessas normas, por gestores e órgãos de controle, nas realidades locais onde se aplicam, criam por vezes limites a IES que comprometem sua implantação.

todos, desde o Conselho Municipal de Saúde, ao Tribunal de Contas, à Promotoria, à própria prefeitura, né, é porque é muito distante. Porque a secretaria de saúde não foi criada pra ser um campo de estágio. Ela não foi criada para isso. Isso, de um tempo para cá ela se tornou. E aí, como temos hoje muitas instituições privadas usando os dispositivos de saúde e é difícil para aquele profissional que não é da saúde, que não fez esses estágios, entender como funciona isso (GS12)

5.4.7 Singularidades dos serviços que participam da integração

Características intrínsecas dos serviços onde a integração se cristaliza têm forte impacto em favorecer ou dificultar a estratégia de IES. As especificidades dos serviços, identificadas pelos gestores, que influenciam a integração foram agrupadas em vocação do serviço, infraestrutura, estratégia e nível da atenção prestada, localização geográfica da unidade assistencial, regulamentação da atividade de ensino e perfil dos recursos humanos envolvidos.

A maior ou menor vocação do serviço para o ensino foi apontada como elemento dificultador do processo integrativo.

também existem algumas barreiras que nós encontramos, é [...] por você estar usufruindo de um serviço que às vezes não tem a mesma, a mesma vocação de um serviço que, de um hospital, por exemplo, que já é um hospital de clínicas, como nós nos formamos lá no HC (GE1)

As condições de estrutura física das unidades disponíveis para a IES, podem facilitar ou não a concretização da estratégia. Na análise dos entrevistados, a

maioria dos cenários oferece limitações estruturais à integração, principalmente pelo fato de que apenas recentemente o SUS passou a ser enxergado como ente formador.

Às vezes você não tem espaço para estar recebendo aluno e paciente ao mesmo tempo [...] 4 alunos numa sala pequena não cabem. [...] então tem essa questão física também. (GE1)

A estratégia assistencial também interfere no favorecimento ou não para o processo de integração. Estruturas tradicionais, de nível secundário por exemplo, facilitam a integração em modelos tradicionais, enquanto no nível primário a ESF é facilitadora da IES.

Tem a unidade básica e unidade que ainda tem o programa do PSF. Que é muito melhor para o aluno aprender lá do que na unidade básica. (GE2)

O perfil dado às unidades assistenciais e sua inserção na rede, de modo não pactuado com todos os partícipes, pode se constituir em dificuldade, sobretudo quando se trata de unidade que ao mudar de perfil impacta no seu vínculo tradicional de ensino.

Nós construímos uma maravilhosa maternidade agora, dentro do HU, a maternidade do HU, a diretora do HU falou que vai fazer parto normal lá só por cima do cadáver dela, e é uma maternidade que vai ser uma maternidade escola, o que eles vão fazer lá? Parto de alto risco, vão continuar brigando por parto normal numa...Maternidade de município. (GE6)

Também compõe o conjunto de características dos campos de prática sua localização geográfica, tendo menor predileção para aqueles distantes, independente das possibilidades dos cenários para o ensino.

E tem uma resistência, porque às vezes o professor tem dificuldade, é mais longe. (GE4)

A regulamentação do trabalho no ensino, para os profissionais da rede, por meio de políticas destinadas à preceptoría, que criam e estimulam a busca por isto, é fator importante a ser considerado, na ótica dos gestores.

Não, não temos e assim, a minha preocupação é que nós não temos ainda, uma regulamentação com relação à essa preceptoría. (GS5)

Finalmente, o perfil dos recursos humanos envolvidos na IES, nas escolas e serviços, pode condicionar uma maior ou menor facilidade no processo de integração.

Assim como você ter residentes, professores inseridos também é um grande facilitador. Porque você aprende [...] os dois mundos que não são estanques (GS9)

5.5 A avaliação da integração ensino serviço

A avaliação dos processos de integração reveste-se, como em qualquer processo educacional, de elevada importância. Apoderar-se dela como elemento principal da tomada de decisão deveria compor a regra do processo de gestão. Esta dimensão buscou identificar no universo dos gestores pesquisados como se dão os processos avaliativos da integração ensino serviço nos seus respectivos sistemas.

Procurou-se evidenciar se a IES é avaliada de modo sistemático, se existem indicadores de processo e de resultados, se as condições necessárias à formação médica estão satisfeitas e em que medida, se as necessidades dos serviços são contempladas pelas escolas e se há suficiência estrutural na escola e no SUS para suportar a estratégia.

Infelizmente não é o que se depreende da análise das entrevistas. Os processos avaliativos demonstram-se frágeis, baseados em percepções, inconstantes, pouco priorizados e raramente utilizados para subsidiar as decisões.

Da análise do material coletado no campo foram extraídas 54 unidades de contexto relativas aos processos avaliativos da IES, desdobrados em 84 unidades de análise, cuja classificação resultou em 4 categorias. As categorias obtidas estão apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9. Categorias emergidas a partir dos processos de avaliação da integração ensino serviço, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.

AVALIAÇÃO DA IES		
CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	UR

1	Avaliação da integração fracamente institucionalizada	Processo avaliativo que não ocorre de modo permanente e sistematizado (como política).	21
2	Falta de indicadores específicos para a integração	Ausência de indicadores de processo e resultado produzidos e monitorados.	29
3	Condições estruturais disponíveis para a integração pouco sistematizadas	As condições estruturais (recursos físicos, humanos, financeiros) dos entes participantes da integração são pouco conhecidas e compiladas.	26
4	Inexistência de estrutura organizacional própria para a avaliação	Avaliação do processo integrativo é realizada de modo independente pelos entes, sem unidade organizacional específica para esse fim.	8

Fonte: Próprio autor (2020).

Legenda: UR = Unidade de Registro

A seguir detalharemos cada categoria, exemplificando com trechos extraídos das entrevistas e que são representativos da mesma.

5.5.1 Avaliação da integração fracamente institucionalizada

A análise do material coletado evidenciou, em linhas gerais, que a avaliação da IES ainda é um processo pouco sistematizado nas rotinas das escolas e serviços. Ocorre de modo pontual, é carente de devolutivas e subsidia muito pouco a tomada de decisões dos gestores.

Tem pequenos movimentos, como dentro da interação comunitária... o pessoal que trabalha ali dentro eles fazem essas pequenas avaliações... cada grupo faz do seu local, mas ainda não criamos uma avaliação sistematizada (GE11)

Os critérios de avaliação são distintos, a depender da natureza dos entes envolvidos e das bases nas quais se estabelecem as relações. Nas escolas privadas, em que a base da relação é pecuniária, é comum estabelecer-se um processo avaliativo a partir da satisfação do “cliente” da escola, o aluno. A percepção dos alunos passa a subsidiar a tomada de decisões com mais peso, independente de outros parâmetros.

eu tive que sentar numa mesa com colegas, enfim, que estavam a frente de instituições, para que houvesse um repasse maior, solicitando situações em que o aluno estava absolutamente insatisfeito. E isso conta muito, porque na hora que você tem um ambiente em que o aluno está muito satisfeito, porque é muito bem tratado, evidente que é mais difícil de você sair, ou ter a tua...Não vai querer sair de um ambiente desse (GE1)

No geral, não existem processos avaliativos especificamente dirigidos à integração. As avaliações existentes são as institucionais, dirigidas ao processo educacional como um todo, relacionados aos processos regulatórios, de acreditação ou de programas específicos. Estas avaliações ocorrem eminentemente nas escolas e não contemplam todas as especificidades da IES.

Avaliação pela equipe do MEC/MS para reconhecimento e manutenção do curso. Avaliação pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado (GE17)

Os processos de avaliação da integração praticamente inexistem nos serviços. Não ocupam a pauta de prioridades dos gestores e quando ocorrem são episódicos.

hoje a secretaria faz algum tipo de avaliação? _Não. Não. A gente, nesse aspecto não. Até porque assim, a nossa demanda é imensa e a gente acaba, né..._É. Isso entra em uma pauta menos aguda, vamos dizer assim [...] Não, não é, não, não faz (GS4)

Os processos de avaliação existentes são muito fragilizados e estão centrados apenas em percepções muitas vezes de que as condições estruturais são insuficientes.

Você tem algum processo de avaliação dessas relações de integração? A escola faz esse processo? Como que é?
_ Nós temos a avaliação interna dos alunos, né... Em relação a esses ambientes de aprendizado. (GE1)

5.5.2 Falta de indicadores específicos para a integração

A análise das entrevistas revelou que praticamente não existem indicadores de processo e de resultado específicos da integração. Quando presentes, são indicadores relacionados aos processos regulatórios, expressando o número de alunos por preceptor, por exemplo, ou indicadores de produção de serviço das unidades ligadas ao ensino. Naturalmente inexistente o monitoramento dos mesmos.

Tenho controle da locação, onde estão, em que período, qual Unidade. A gente fez uma distribuição das UBS, de forma que um, uma entidade, uma instituição não estejam na mesma UBS da outra. (GS12)

Boa parte das vezes as avaliações se dão a partir de percepções e vivências particulares dos gestores e alunos. Os resultados dos processos de integração resumem-se a observações ou impressões subjetivas.

em relação às avaliações, [...] é uma impressão qualitativa [...] sobre percepções de alunos, de professores [...] do meu coordenador de série, de área, do NDE. (GE1)

5.5.3 Condições estruturais disponíveis para a integração pouco sistematizadas

As condições estruturais disponíveis nos cenários de práticas foram avaliadas pelos entrevistados em relação às condições físicas, financeiras, de recursos humanos e de serviços.

Os dados levantados sobre a suficiência da rede em atender às demandas da IES mostram respostas muito distintas, indo de atende às necessidades, não atenderá no futuro (com a expansão de escolas) e não atende. Entre o conjunto de entrevistados, a suficiência foi possível graças a busca de cenários em locais fora da sede da escola.

O segundo aspecto interessante que se nota é que a demanda por estrutura da rede para a IES parte sempre da necessidade das escolas. O SUS apenas avalia se o que lhe é pedido é possível ou não de ser suprido.

É, a gente já está no limite, né. Nós estamos no limite. É, para você ter uma noção, a gente tem aí o Hospital Municipal, onde tem alguns meses que nós temos que negar campo de estágio, porque já está no limite (GS12)

O terceiro ponto que surge, em consequência do anterior, é que muitos cenários estão ociosos, sem demandas, pois as escolas têm preferência pelos relacionados à assistência. Cenários como vigilância, gestão e educação em saúde são pouco ou quase nada demandados. E, ainda nesse ponto, cenários de baixa conveniência para a escola também têm menor procura e ficam sem uso, como unidades rurais, por exemplo.

5.5.4 Inexistência de estrutura organizacional própria para a avaliação

Inexistem nos processos de integração investigados a presença de unidades próprias para a avaliação da IES. Na visão de alguns gestores de serviço, estruturas como câmaras técnicas, comitês gestores ou escolas de saúde pública podem agregar entre suas funções às de avaliação.

mas essa continuidade, essa sequência, essa, acho que assim, esse grupo gestor que possa acompanhar mais de perto (GS9)

por nós termos a escola de saúde pública bem consolidada aqui, então existe sempre esse acompanhamento, existe um braço da secretaria, que cuida especificamente disso (GS15)

A falta de estruturas próprias de avaliação e a qualificação do processo avaliativo são atribuídos à pouca prioridade dada ao tema.

Houve uma iniciativa por parte da escola, mas foi uma iniciativa que não fortificou. Eu, eu penso que a gente deva ter, é, uma proposta pra fazer essa avaliação, né. Porque só a partir dessa avaliação, do levantamento das situações que tivemos, dos acertos e dos erros que nós tivemos nesse processo, é que a gente vai conseguir avançar. (GS5)

5.6 Os processos de gestão da integração ensino serviço

A forma como se delineiam os complexos processos que envolvem a IES a convertem numa rede de gestão de política e tornam igualmente intrincados os processos de gestão necessários ao seu funcionamento. A boa gestão dessa rede é condição indispensável para que os resultados esperados possam acontecer. Reconhecer nas realidades dos sujeitos pesquisados os processos de gestão envolvidos, os instrumentos utilizados para firmar as pactuações, os limites e possibilidades existentes nesse campo compõe necessidade primordial para compreensão desse fenômeno.

Apesar de existir como uma rede, os processos de gestão relacionados à integração, na grande maioria das vezes, não se dão em rede. Ocorrem sempre de modo bilateral, entre a escola e o gestor do SUS ou outro ente assistencial, produzindo múltiplos acordos com distintos entes. Essas relações buscam, prioritariamente, campos de prática para escolas e contrapartidas variadas para os serviços, dependendo das disponibilidades.

Do conjunto de informações coletadas nesta dimensão, 73 unidades de contexto deram origem a 106 unidades de registro, das quais emergiram 4 categorias relacionadas à gestão. As categorias obtidas estão apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10. Categorias de gestão da integração ensino serviço emergidas, seus significados e a frequência com que apareceram nas falas dos entrevistados.

PROCESSOS DE GESTÃO DA IES			
CATEGORIAS		DESCRIÇÃO	UR
1	Gestão que desconsidera a integração ensino serviço como uma rede	Os processos de gestão não ocorrem de modo a contemplar as características e necessidades de uma rede, ainda que seus entes identifiquem alguns elementos constitutivos dessa rede.	53
2	Ausência de estrutura própria dedicada à gestão da integração	Inexiste unidade específica para gestão da integração no organograma dos entes, profissionalizada e capaz de suportar a complexidade do processo. A gestão ocorre a partir de estruturas gerais de cada instituição.	29
3	Baixa capacidade da gestão em lidar com as antinomias	O arcabouço normativo inexistente, conflitante ou duvidoso que regula a integração produz antinomias aparentes ou reais, com as quais a gestão nem sempre consegue lidar.	11
4	Instrumentos de contratualização pouco adequados	Os instrumentos de contratualização existentes não suportam todas as interfaces do processo, não preveem todo espectro de ações, não explicitam responsabilidades e objetivos claramente e não alcançam todos os níveis hierárquicos dos envolvidos.	30

Fonte: Próprio autor (2020).

Legenda: UR = Unidade de Registro

A seguir detalharemos cada categoria, exemplificando com trechos extraídos das entrevistas e que são representativos da mesma.

5.6.1 Gestão que desconsidera a integração ensino serviço como uma rede

Apesar dos resultados indicarem que a gestão da integração não se dá em rede, os gestores entrevistados identificam nesse processo elementos constitutivos de uma rede de gestão de política, quais sejam, um território único, em que recursos são demandados por vários entes, ainda que de modo individual, para execução do mesmo processo – a integração ensino serviço. Percebem neste contexto que as

relações são horizontais, não hierárquicas e policêntricas e há a necessidade da cooperação e consenso. Os processos de gestão da IES nos territórios investigados comportam-se expressando fenômenos comuns às redes gestoras de políticas, sobretudo em relação as dicotomias.

Os processos de pactuação desconsideram a existência de múltiplos atores que interagem no mesmo território por um fim comum (formar profissionais que atendam às necessidades do sistema) e acabam por produzir situações de conflito e disputa.

Porque é isso, cada escola enxerga assim, né, “nossa, mas você está negando aquele campo para mim?” Claro. E aí não consegue enxergar o conjunto. _A gente explica para ele. Então, por exemplo, a maternidade nossa, municipal, é disputada por todas as escolas que têm, ou enfermagem, ou alguma coisa. (GS8)

As realidades locais de um país diverso como o Brasil aparecem como forte elemento de impacto na gestão da integração. A capacidade de adaptar-se às diretrizes centrais, cujo alcance se destina a realidades tão distintas, a probabilidade de que aquilo que se pretende com a diretriz encontre de fato com as necessidades do local para o qual a mesma é dirigida e a suficiência de condições locais para garantir a implementação do proposto são desafios que emergem das falas dos entrevistados.

Até porque, assim, eu acho que a gente tem, o país é muito diverso e aí não dá para gente ter o COAPES no Paraná, igual ao que você vai ter no Amazonas. [...] Brasília tem que ter mais diretrizes e menos portarias. (GS4)

A experiência do COAPES como instrumento indutor de criação de uma rede de gestão para a política de IES ressaltou as dificuldades existentes na mudança de paradigma necessária entre os investigados. Poucos assinaram e aqueles que o fizeram não conseguiram implementá-lo na sua plenitude.

Foi bem rica, nós levamos um ano e meio pra fazer (o COAPES), que é o que eu falo, construir é fácil, mas manter o trem que é o BO. (GS8)

O cotidiano revelado é de que o processo da integração não consegue ser adequadamente gerido a partir de múltiplos contratos bilaterais, que se sobrepõem

ou conflitam. Que a gestão de fato em rede pode minimizar dicotomias e favorecer o alinhamento local às políticas centrais.

tem que fazer um único instrumento, então imagina que [...] é difícil, né. [...] Porque você acerta de um lado, o outro "ah, mas eu também quero, eu também quero" e aí começam as questões individuais, né... Porque... "Por que só os médicos e enfermeiros vão ter bolsa? Eu também estou lá, eu quero. Eu sou do administrativo (GE11)

5.6.2 Ausência de estrutura própria dedicada à gestão da integração

As análises das entrevistas demonstram que nos sistemas de integração ensino serviço estudados as estruturas próprias encarregadas da gestão dos processos de integração são pouco frequentes e ocorrem apenas nos serviços, por meio de unidades específicas para atender às demandas de ensino.

nós temos um centro de educação em saúde que tem um diretor [...] todas as demandas por pesquisas (nós também somos campo pra pesquisas), para dados, porque nós temos muitos dados [...] Então ele organiza, até para a gente não ter problemas, é, de ter muito aluno em determinado horário, de ter muita gente em um ambiente que não cabe, enfim, então, o centro de educação distribui as demandas (GS4)

Na maioria dos serviços as unidades encarregadas da gestão dos processos de integração pertencem às estruturas gerais dos entes, muitas vezes ligadas à gestão de recursos humanos, e fazem a gestão da IES de acordo com a prioridade da mesma para o gestor.

na estrutura que a gente tem, esse foco, ele está um pouco aqui na direção geral, no gabinete do secretário e no setor de gestão de trabalho e educação em saúde. _Só que também, a gestão de trabalho e educação em saúde nossa, ainda, ela está saindo de uma questão de RH, vamos dizer assim, pra tentar entrar em uma lógica de qualificação, formação, valorização (GS8)

Mesmo dentro das próprias instituições partícipes, os processos decisórios e de gestão são fragmentados e por vezes fora do alcance dos gestores educacionais ou do serviço. Esse fenômeno se dá em maior intensidade nas escolas.

a última palavra numa universidade privada é de quem vai assinar o cheque (GE1)

E também evidenciam a necessidade da profissionalização de seus quadros para a gestão.

coordenadores que tem uma formação muito sólida de educação médica, isso é muito bom, só que na verdade nós somos gestores. (GE1)

Em função da complexidade envolvida e as inúmeras interfaces dessas relações, a profissionalização da gestão e a presença de estrutura própria, definida no processo de pactuação, composta por representantes dos envolvidos e estruturada para suportar a complexidade do processo é considerado pelos gestores como fator importante para assegurar a efetividade necessária.

5.6.3 Baixa capacidade da gestão em lidar com as antinomias

A gestão da integração envolve a execução de políticas públicas de saúde e educação e, por conseguinte, se dá por intermédio da relação entre entes públicos e privados, com a maior parte do financiamento das ações ocorrendo por meio de recursos públicos. Tudo sob os olhares dos órgãos de controle.

A administração pública tem como máxima que ao gestor público só é permitido fazer aquilo que a lei expressamente permite, diferente do que vale ao gestor privado, a quem tudo é permitido desde que a lei não vede. Desta maneira, o arcabouço normativo reveste-se de especial importância. Normas inexistentes, conflitantes ou duvidosas, produzem antinomias aparentes ou reais, cuja capacidade do sistema em lidar com elas tem forte impacto na gestão.

Evidenciou-se que os órgãos de gestão do sistema de saúde, notadamente o controle social, frequentemente estão em embates provocados por disputas de poder político, em que as regras estão em permanente questionamento. Essas características impedem o funcionamento adequado dos processos de integração.

vê esse problema da própria formação do conselho, da composição do conselho, em que eu tenho cargo de comissionados que representam o gestor ocupando vaga, ou de usuários ou de trabalhadores, a gente [...] busca que haja uma recomposição disso e quando não consegue na negociação, no diálogo, a gente vai até o ministério público, pede que o ministério público intervenha (GS5)

Para os gestores, o arcabouço normativo atualmente existente é pleno em situações imprevistas, duvidosas e por vezes conflitantes, consecutivo ao emaranhado de normas emanadas dos três entes federados e interpretadas por uma miríade de órgãos de controle. Esse desarranjo impede o avanço da integração.

trazer uma informação mais clara para o ambiente jurídico. É sempre no departamento jurídico [...] que trava (GS15)

As antinomias, expressas pela ausência de previsão normativa, pela dubiedade das normas, ou pelo conflito entre elas, proporcionam, para os órgãos de fiscalização e controle, interpretações que dificultam a gestão da integração, sobretudo nas relações entre entes públicos e privados, conforme indicam gestores dos serviços.

no meio de tudo isso tem todos os órgãos de controle que veem, com, talvez não tão bons olhos, essa interação, quando nós temos nas universidades privadas (GS12)

5.6.4 Instrumentos de contratualização pouco adequados

Ficou fortemente evidenciado na análise do material coletado que as pactuações realizadas para construção da integração nem sempre são claras ou aceitas em todos os níveis das instituições.

Contratos assinados pelos gestores maiores das instituições acabam por não se implementarem na prática em virtude da não aceitação, por parte dos demais níveis, das diretrizes estabelecidas.

A falta de clareza com os papéis de cada agente, bem como a pouca explicitação de objetivos claros contribui para a baixa adesão institucional ao processo.

Não, não está preto no branco. Não existe nenhum convênio, existe uma coisa que chama convênio guarda-chuva, convênio da universidade com a UEL com o município "tá" certo? Que entram aí os atendimentos da clínica odontológica, não sei que lá [...] aí esse convênio guarda-chuva entra tudo e não pega nada. [...] No fio do bigode. (GE6)

Naturalmente, no grupo de gestores era esperado que a preocupação com a contratualização adequada e a previsão de todos os aspectos necessários em instrumentos de gestão surgisse. De fato isso ocorreu. Mas com o apontamento de que muitas das ações necessárias à complexidade do processo não estão previstas, assim como tantas outras previstas não “saem do papel”.

se você for avaliar, o que nós assinamos e o que é feito hoje é outra realidade. (GE7)

Para além disso, há sobreposição de instrumentos e uma infinidade de contratos que regulam os mesmos processos, tornando a relação confusa e de difícil gestão.

para cada cenário, um instrumento? Como que é?
_Sim, para cada cenário. Tem um contrato específico para cada local.
(GE2)

Apesar dessas constatações, as análises dão conta de que todas as relações de integração estudadas estão contratualizadas. São regidas por instrumentos contratuais ou convenientes bilaterais, às vezes por mais de um instrumento para o mesmo serviço, mas com cenários distintos. Paradoxalmente são, na maioria das vezes, avaliadas pelas escolas como suficientes para atender as suas necessidades no momento, ao contrário dos serviços que quase sempre os avaliam como insuficientes ou inadequados.

As nossas parcerias estão praticamente todas bem estruturadas e fechadas
(GE1)

você acha que atende a tua necessidade, enquanto, vamos dizer assim, gestora do programa educacional do curso? Não. Está muito aquém. Ainda está aquém. (GE3)

Você acha que esses instrumentos bilaterais, atenderiam a sua necessidade? Hoje eles atendem a necessidade da secretaria? Você acha que poderia se pensar outros modelos de organização disso? _Eu acho que tem que pensar outro modelo (GS4)

A experiência com o COAPES no universo investigado não foi boa. A dificuldade de gestão em rede transferiu-se para o instrumento, que foi celebrado em poucos locais e em nenhum operacionalizou-se. Para muitos, o próprio modelo de instrumento poderia ser revisto e outras formas de instrumentalização utilizadas.

acaba se discutindo o COAPES, passa a ser mais uma coisa que existe a nível de uma formalidade e que a gente não consegue extrair toda a potencialidade que teria um COAPES dentro do município, ou em uma região, entendeu? Eu acho que não basta assinar o COAPES, a gente tem, precisa, a partir do COAPES, ter, realmente, um comitê gestor desse contrato, que as pessoas se reúnem regularmente (GE10)

Evidenciou-se a expectativa dos gestores por instrumentos de contratualização que suportem todas as interfaces do processo de integração, consigam prever todas as ações existentes, que explicitem responsabilidades e objetivos e estejam pactuados em todos os níveis hierárquicos dos envolvidos.

6 DISCUSSÃO

6.1 Uma visão geral a partir das 5 dimensões estudadas

Ao pesquisar na base de dados SciELO o descritor **Serviços de Integração Docente Assistencial**, definido como

Estabelecimento de uma relação de trabalho entre uma instituição prestadora de ensino e uma instituição prestadora de serviços de saúde, relação esta de caráter contínuo e prolongado, que possibilita aos alunos e professores da primeira, trabalhar em conjunto com o pessoal da segunda, em uma área de comum acordo e que, daí por diante, passa a ser chamada área docente-assistencial. (DECS. BVSALUD, 2021)

Obtivemos o retorno de 96 títulos, 35 dos quais repetidos.

Dos 61 estudos que emergiram da busca, incluímos na presente análise aqueles em que o objeto do trabalho estivesse relacionado a qualquer aspecto da integração ensino serviço comunidade, o que correspondeu a 36 artigos.

Foram excluídos 25 trabalhos em que a temática central tratava da educação interprofissional, da promoção de saúde, de disciplinas e estratégias metodológicas de ensino desenvolvidas em cenários de prática, da descrição de sistemas de ensino em determinados contextos, de estágios curriculares obrigatórios ou de práticas em hospitais universitários.

No que tange a natureza dos 36 artigos analisados, a maioria tratou de relato de experiências, alguns de pesquisas com abordagem qualitativa, seguido por reflexões teóricas, pesquisas documentais e artigos de revisão.

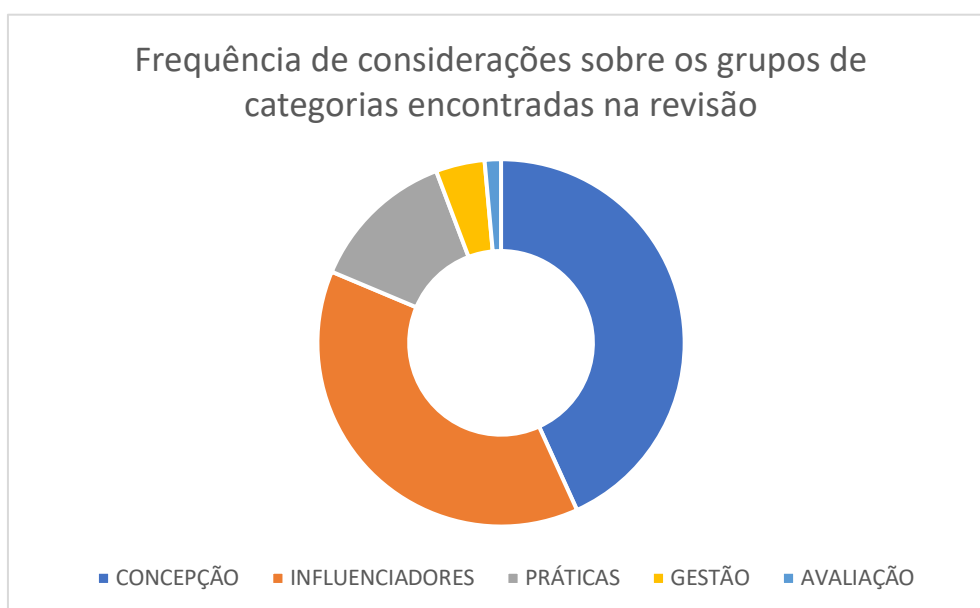
Estes artigos, em sua maioria, enfocam a integração ensino serviço comunidade a partir de percepções e narrativas de atores envolvidos com o processo, bem como da análise de documentos diversos produzidos por estas relações de integração. As relações estudadas, em sua imensa maioria, se deram sob o manto de programas ou projetos específicos e quase nunca a IES foi analisada como processo continuado e natural, existente desde sempre na formação profissional superior.

Invariavelmente em todos eles, a integração ensino serviço está posta como uma estratégia para reorientação profissional na formação em saúde, algumas vezes avançando para reorganização do modelo assistencial.

A leitura minuciosa dos artigos, a partir das categorias emergidas do campo pesquisado, evidenciou um predomínio significativo de considerações a respeito de

concepções sobre a integração ensino serviço, seguida por outras tantas expressivas reflexões sobre fatores que influenciam estas relações.

Aspectos relacionados às práticas produzidas por estas relações estão presentes com menor força, enquanto questões diretamente relacionadas à gestão e avaliação da integração surgem quando muito de modo indireto e periférico. Uma ideia da frequência com que os 5 grupos de categorias deste trabalho surgem na presente revisão da literatura pode ser visualizada na Figura 5.



Fonte: Próprio autor (2021).

Figura 5. Frequência de referências aos grupos de categorias emergidas da pesquisa nos artigos sobre integração ensino serviço revisados.

Especificamente à gestão/administração da integração ensino serviço e os elementos que a compõem, como os aspectos avaliativos, a literatura os aborda de forma modesta e periférica, com a ênfase repousando sobretudo nas questões relacionadas aos processos de ensino aprendizado proporcionados pela integração, à percepção de profissionais de saúde envolvidos com estes processos, à organização do trabalho neste contexto e os impactos dos programas de reorientação profissional nos cursos da saúde, entre outros.

Ao discutir cada dimensão separadamente, cotejaremos os achados da literatura com as categorias emergidas da nossa pesquisa.

6.2 Demarcando o entendimento da gestão da integração ensino serviço

Poucos autores têm enxergado o papel da gestão nas escolas médicas (e nas ações educacionais) com o devido valor e reconhecimento que a temática exige. O desenvolvimento da formação médica depende, em grande parte, de boas práticas de gestão. Estas boas práticas são cruciais para alcançar os objetivos desejados em termos formativos (ALMEIDA, 2008).

A perspectiva deste trabalho é o estudo da gestão das relações de integração ensino serviço nas escolas médicas do Paraná. Para tanto, precisamos considerar que a administração como campo científico expressa um saber interdisciplinar que busca um maior reconhecimento e legitimação da comunidade acadêmica. As três matrizes de conhecimento que contribuem com esta finalidade, quais sejam, os estudos ortodoxos, organizacionais e críticos da administração, nos quais predominam respectivamente as linguagens técnica, interpretativa e emancipatória, representam um campo de visão próprio que capta apenas isoladamente uma parte da realidade social, de modo que para melhor compreender o significado da gestão, adotar uma perspectiva dialógica pode ampliar essa possibilidade (SANTOS, 2017).

Embora contenha elementos presentes nos estudos ortodoxos da administração, representados por algum conjunto de técnicas gerenciais, ou poderem ser vistos como uma dimensão da vida organizacional, como considerado pelos teóricos dos estudos organizacionais, a gestão das relações de IES é considerada por nós, neste trabalho, como uma prática social, fruto das relações sociais de produção e, portanto, sujeita às ideologias, aos valores e aos interesses dos distintos atores (individuais ou organizacionais) que compõem essa complexa rede formada pelas relações de integração ensino serviço.

Assim, tomamos a gestão como objeto de estudo da administração, assumindo, como Santos (2017, p. 224), que o conceito de gestão não se limita às relações sociais internas das organizações ou a um conjunto de técnicas, métodos e/ou ferramentas gerenciais de planejamento e controle, mas antes de tudo como um fenômeno que nasce da sociedade, com a sociedade e para a sociedade; um contrato e uma prática social que devem ser legitimadas e reconhecidas por todos os enclaves - Estado - mercado - sociedade.

Entender a gestão nessa pesquisa significou compreender, a partir das estruturas de poder e comando do processo estudado, as 5 dimensões eleitas como

componentes chaves dessas relações de integração ensino serviço: as concepções sobre a temática, as práticas produzidas no campo, os principais elementos determinadores dessa produção, os modos e processos de avaliação e as características gerenciais desses sistemas.

6.3 Apresentando a discussão dos resultados da pesquisa

Apresentamos a discussão dos resultados obtidos em 5 capítulos, que fazem correspondência com as dimensões resultantes do campo. São eles:

- 6.3.1 – Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço
- 6.3.2 – Práticas de integração ensino serviço produzidas
- 6.3.3 – Fatores determinantes da integração ensino serviço
- 6.3.4 – Modos e processos de avaliação da integração ensino serviço
- 6.3.5 – Características gerenciais/operacionais da integração ensino serviço

6.3.1 Concepções dos gestores sobre a integração ensino serviço

A revisão de literatura sobre o tema demonstra um predomínio de elementos relativos às concepções sobre integração ensino serviço comunidade por parte dos atores envolvidos com a matéria.

Os resultados coletados pelo nosso estudo, expressos nas 6 categorias da dimensão Concepções dos gestores sobre a IES, encontraram absoluta concordância com os achados descritos na literatura, que pesquisou, além de gestores, todos os demais atores da IES.

As 6 categorias que compõem esta dimensão encontram-se representadas/identificadas nos diferentes trabalhos publicados ao longo do tempo. Nestes, preponderam as concepções de que a IES contribui com o SUS e aprimora a formação, desdobrada no desenvolvimento de competências dos futuros profissionais, seguido pela IES como indutora de mudanças curriculares. A identificação da estratégia como formadora de uma rede gestora e como promotora de responsabilidade social surge de modo mais tímido.

Também entre os sujeitos pesquisados, as categorias que apontam a integração como estratégia que contribui com o SUS e aprimora a formação surge com maior ênfase. Parece ser uma conclusão irrefutável que a integração ensino

serviço comunidade aprimora a formação e contribui com o sistema nacional de saúde.

Em relação às demais categorias, a responsabilidade social promovida pela IES apareceu com maior evidência no grupo pesquisado do que na literatura. Possivelmente por ser um resultado perseguido, em especial, pelos gestores escolares.

É, portanto, a partir das ideologias, valores e interesses de cada gestor, expresso nas suas respectivas concepções acerca da integração, que se movem as forças que interagem e determinam a resultante destas relações no campo pesquisado.

No universo estudado, não obstante as concepções ampliadas e consonantes com a literatura geral, a IES ainda é gerida apenas como uma relação de troca, em que serviços ofertam campos de estágio para escolas. Sem embargo, este processo ainda favorece a incorporação, pelo sistema de saúde, de profissionais com perfil mais adequado.

Conhecer a realidade do médico especialista em atenção primária e a complexidade deste campo de trabalho possibilitam ao estudante interessar-se por esta especialização, absolutamente necessária à consolidação do SUS (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

Por se construir a partir das demandas da população e dos serviços, vivenciadas no terreno prático, a IES amplia a compreensão do aluno sobre os problemas de saúde e seus determinantes. E possibilita, com isso, conhecer a realidade com a qual vai se deparar após formado. Diferente da formação tradicional, restrita ao serviço terciário da escola. Experiência vivenciada e relatada pelos sujeitos da pesquisa, sobretudo os formados há mais tempo, quando os processos de integração eram menos robustos.

O trabalho no território e na comunidade permite transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreendê-la em sua complexidade. E a partir dessa formação em serviço contribuir com a apropriação pela comunidade dos elementos necessários para melhoria da sua forma de viver (LOPES *et al.*, 2012).

Como na integração a estratégia de ensino repousa na prática, esta se constitui em um processo que amplia o raciocínio do aluno, em contrapartida a uma formação mais teórica. Ainda nesse sentido, esses processos uma vez

estabelecidos criam um círculo virtuoso ao qualificarem a assistência por meio da qualificação do preceptor, cuja qualificação melhora o processo formativo e o próprio sistema no qual ocorre.

O intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe promovidos pela presença do estudante contribui com a autoestima desses profissionais e aumenta a satisfação com o trabalho, além de impulsioná-los a uma prática reflexiva que diminui o automatismo e incentiva o raciocínio analítico e a capacitação permanente, melhorando o cuidado prestado (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

Esta vivência prática, integrada ao contexto da comunidade, favorece uma atuação estendida para além da simples resolução de problemas médicos, num sentido estrito, dotando o futuro profissional de diferentes capacidades, que o torna mais pronto às demandas de saúde ao término do curso. Ainda que este seja um processo fracamente institucionalizado.

Em relato de caso que analisa a diversificação de cenários e o fortalecimento da IES, Colliselli e colaboradores (2006, p. 936) concluem que a maior inserção dos estudantes no contexto social, com atuação em diferentes espaços, assistenciais, de trabalho, lazer e convívio possibilitam a compreensão melhorada dos múltiplos determinantes da saúde, ampliando as oportunidades de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, educação, gerência e pesquisa.

Para a maioria dos gestores entrevistados, tanto das escolas, quanto dos serviços, as características dos processos de integração a tornam potente estratégia para o desenvolvimento de competências que vão além das meramente técnicas, com maior ênfase às de liderança, gestão e interprofissionalidade.

A maior interação com os serviços e outros profissionais da saúde possibilita o reconhecimento da importância e da necessidade do trabalho do outro. Assim, a IES convida a (re)pensar as práticas em saúde, na perspectiva de produção de uma dinâmica de atenção mais articulada em favor das necessidades de saúde (MORAIS *et al.*, 2012). Os médicos precisam estar preparados para atuar de forma colaborativa com outros profissionais de saúde na promoção de mudanças no sistema (IRBY, 2011).

Os resultados encontrados dão conta de que o modelo de atenção na qual ocorre a integração, especificamente a estratégia de saúde da família, mostrou potencializar com maior força o desenvolvimento dessas competências ampliadas,

coadunando com as observações de Lopes e colaboradores (2012, p. 20) de que a estratégia de saúde da família impõe uma prática de atenção capaz de cuidar da saúde das famílias de forma humanizada e com vínculos, de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, de ampliar a rede de instituições parceiras (ensino-serviço), de democratizar o conhecimento do processo saúde-doença e da organização dos serviços, de estimular o direito à saúde como direito de cidadania, de incentivar a participação da população e pactuar uma agenda integrada entre o setor saúde e outros setores (intersectorialidade).

No entanto, constata-se na prática a oferta de uma série de atividades por parte dos serviços que muitas vezes não compõem os objetivos educacionais das instituições de ensino, ainda muito centrados na assistência biomédica. Áreas como gestão e educação em saúde, favorecedoras do desenvolvimento de competências anteriormente mencionadas, são pouco utilizadas nas relações entre ensino e serviço, apesar de constarem nas diretrizes nacionais para a graduação em medicina domínios em gestão e educação em saúde. Este aspecto foi mais observado no grupo dos gestores dos serviços.

Isto representa a perda de uma importante oportunidade para o aprimoramento da formação, dado que internacionalmente grupos definidores de diretrizes para a formação médica [*Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* nos EUA, *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* no Canadá, *General Medical Council (GMC)* no Reino Unido] também têm apontado que competências como habilidades interpessoais e de comunicação, liderança e gestão, prática baseada em sistemas e aprendizagem e melhoria baseadas na prática devem estar presentes na formação (IRBY, 2011).

Mesmo sem explorar toda potencialidade em termos da ampliação no desenvolvimento de competências, é consenso entre atores, do serviço e da educação, que a IES aprimora o processo formativo, favorece uma educação baseada em competências e permite um melhor atendimento à diretriz. Disso, resulta a melhora do perfil do egresso, tornando-o mais adequado às demandas e necessidades do sistema.

Com as necessidades da comunidade e do sistema tendo maior peso no processo formativo, surge também a exigência de mudanças curriculares capazes de dar suporte aos novos requisitos educacionais e dos serviços, igualmente

fomentados pelas políticas centrais da educação e saúde que colocam a IES em novos patamares.

A avaliação dos impactos oriundos dos processos de IES identifica o crescimento pessoal e profissional dos profissionais participantes, mas ainda carece de maior respaldo institucional representado pela explicitação de conteúdos e diretrizes para formação nos projetos políticos pedagógicos dos cursos, bem como de que maneira isso pode ser inserido e otimizado (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O atendimento de um novo perfil de egresso exige mudanças na orientação teórica, pedagógica e nos cenários de prática e, por consequência, na organização estrutural da instituição formadora, a fim de possibilitar a implementação das diretrizes curriculares e a transformação das práticas de saúde, tendo a comunidade como eixo central da produção do cuidado (FORTE *et al.*, 2015).

Se tradicionalmente os alunos iam para os serviços sempre em fases mais avançadas do curso, as bases dos projetos pedagógicos atuais devem garantir a inserção do estudante desde as fases iniciais da graduação, a fim de que o perfil desejado seja alcançado, conforme estabelecem as diretrizes vigentes.

Essas mudanças podem ser evidenciadas pela supressão, criação ou modificação de componentes curriculares, ou mesmo por mudanças estruturais mais significativas. A intensidade com que essas alterações se manifestam depende das características das escolas, mostrando-se mais intensas nas escolas jovens e privadas e mais difíceis nas escolas públicas e antigas.

Estudo que analisou mudanças na formação em saúde a partir de estratégias de IES demonstrou que a matriz curricular era um problema para a implementação dos projetos de integração ensino serviço e que a partir desta integração tem havido reorientação dos currículos, aproximação dos cursos e questões epidemiológicas e sociais se tornado transversais na formação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

São processos que sinalizam para uma evolução nas relações entre escolas e serviços, demonstrada pela busca de projetos pedagógicos mais dirigidos às necessidades de saúde, integrados no contexto em que ocorrem e que buscam atender às diretrizes educacionais.

A qualificação da formação evidenciada nas relações de integração analisadas perpassa as questões do desenvolvimento de competências profissionais necessárias ao médico e avança para uma dimensão ainda maior, em que esses

futuros profissionais passam a ser dotados, no seu conjunto de saberes e valores, de um maior compromisso social e com o SUS.

Uma das concepções mais fortemente arraigadas entre os gestores de ambos os sistemas é de que a integração entre ensino e serviços é uma necessidade para a sobrevivência dos sistemas empregadores, sejam públicos ou privados.

Principalmente no grupo de gestores do SUS, a complexidade adquirida pelos sistemas de saúde é apontada como razão para trazer a formação para dentro do sistema, aumentando o entendimento sobre o mesmo e contribuindo em formar um profissional apto à sua construção e manutenção. Isso tem sido cada vez mais percebido também no campo da saúde suplementar. A formação centrada na escola reduz muito essa possibilidade.

A integração permite mais do que simplesmente o conhecimento do sistema de saúde. Possibilita uma formação direcionada para o SUS, por meio da mudança no perfil do egresso que, além de prepará-lo para o sistema no qual irá atuar, aumenta sua inserção e vinculação ao mesmo.

Dados de estudo que objetivou identificar contribuições da integração ensino serviço revelam que esta coopera para a formação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, por meio de uma prática contextualizada durante a formação (MARIN *et al.*, 2014).

Apesar das limitações ainda presentes na IES, resultados apontam para o aumento da procura por residências ligadas a atenção primária à saúde, além de uma maior vinculação de ex-alunos que participaram de programas de integração ao SUS. Essas são necessidades prementes do sistema e denotam importantes contribuições da IES com a formação de recursos humanos para o SUS.

De fato, a integração tem-se mostrado uma potente estratégia para permitir ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos em saúde.

Assim, a IES contribui para o desenvolvimento do SUS, compreendido como um conjunto de aspectos que promovem a construção e manutenção permanente do sistema. As formas apontadas pelas quais essas contribuições se expressam são bastante variadas e dependem, em parte, do referencial de onde falam os sujeitos pesquisados. No geral, a IES é tida como uma estratégia que modifica e contribui com a realidade do serviço e da comunidade.

Outra constatação frequente a demonstrar como a IES contribui com o SUS, presente em ambos os grupos de gestores, é a qualidade assistencial superior dos

serviços integrados ao ensino em relação aqueles que não o são. Relatos dão conta de que nas unidades envolvidas em processos de integração com as escolas, médicos assumem, com maior frequência, o papel de líder e se envolvem com a gestão e a organização do trabalho de modo mais intenso, produzindo melhores indicadores assistenciais em relação a unidades puramente assistenciais.

Corroboram com tais achados a explicitação de que a integração ensino serviço melhora a qualidade do cuidado, pois favorece um olhar de maior abrangência sobre o paciente e o processo de adoecer, além de contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade assistida (MARIN *et al.*, 2014).

Adicionalmente, a melhora assistencial das unidades integradas ao ensino também se deve ao fato de que a IES promove a qualificação dos profissionais da rede. O convívio próximo da academia com o serviço por si só já é um elemento promotor dessa qualificação.

O processo integrativo requer políticas especificamente direcionadas para a preceptoria. Ao inserir alunos no serviço, requer-se que o profissional anteriormente comprometido apenas com a assistência passe a comprometer-se também com o ensino. Embora valorizada em medida menor do que a necessária, as ações dirigidas à formação de preceptores acabam por qualificar o profissional, redundando em melhora da qualidade assistencial.

Na interação entre ensino e serviço, o estudante traz inovação ao trabalho em saúde que, para além de despertar no preceptor a necessidade de educação permanente para a qualificação do cuidado em saúde, sensibiliza a equipe de saúde para o trabalho colaborativo e multidisciplinar (FORTE *et al.*, 2015).

Em outro estudo que objetivou desenvolver um modelo para avaliação da integração ensino serviço, demonstrou-se que a participação nas ações e programas de integração tem servido como estímulo a qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores (ALBIERO; FREITAS, 2017).

Ainda nessa questão, o convívio entre docentes e trabalhadores com trajetórias e experiências profissionais distintas foi identificado pelos sujeitos pesquisados como promotor de reflexões que são fundamentais no desenvolvimento profissional permanente, promovendo mudanças nos comportamentos e qualificando a assistência.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que serviços vinculados ao ensino costumam nortear suas práticas por processos sistematizados e baseados

em evidência, seguindo de modo mais rigoroso protocolos assistenciais e agregando, desta maneira, mais conhecimento à prática realizada.

A produção de conhecimentos técnico-científicos que pode advir da intensificação dos processos de integração é vista como uma importante maneira pela qual a IES pode contribuir com o avanço do SUS. Dado que a integração resulta de uma prática determinada pelas necessidades da população e isso determina a assistência, é de se esperar que também isso possa repercutir na produção do conhecimento que apoie a formulação de políticas públicas.

Em artigo que objetivou identificar e analisar experiências nacionais e internacionais sobre integração ensino, pesquisa e serviços de saúde, integrar o ensino e a pesquisa a partir da face assistencial do sistema de saúde como recurso pedagógico mostrou-se como um objetivo aglutinador em vários países das Américas. Apesar disso, a inserção da pesquisa nos programas de integração ainda é episódica (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Colocar em evidência, por meio da pesquisa e das provocações cotidianas para o debate, temas importantes que representam as demandas sociais em saúde, tem gerado, ainda que em pequena escala, um aumento na produção acadêmica dos serviços ligados ao ensino e uma prática instrumentalizada por meio da produção técnica, segundo dados obtidos no campo.

Embora do ponto de vista prático haja, por parte dos gestores dos serviços, a percepção de que as universidades olham pouco para as necessidades de pesquisa do sistema, estando muitas vezes centradas em temas que não compõem as pautas mais aguda do SUS, é unânime entre os pesquisados que uma das formas mais importantes pelas quais a integração pode contribuir com a construção do SUS é pela produção de conhecimento voltado às demandas do sistema.

Para os gestores acadêmicos, essa questão é observada num horizonte mais distante, e até teórico, sem que desponte de fato como um dos mais importantes produtos que poderiam resultar dos processos integrativos.

Além da qualificação dos profissionais e da produção de conhecimento técnico-científico ao sistema, uma das características marcantes da integração, evidenciada no estudo, foi a ampliação na oferta de serviços assistenciais à população.

Achado coincidente com o do já referido estudo que objetivou desenvolver um modelo para avaliação da integração ensino serviço, no qual a presença de

estudantes e professores nas unidades de saúde ampliou a cobertura assistencial, tanto em ações individuais quanto coletivas, por meio do planejamento integrado do trabalho da equipe com comunidade acadêmica, que resultou em disponibilidade e velocidade de ação (ALBIERO; FREITAS, 2017).

É sabido por todos que o sistema de saúde brasileiro sofre de um subfinanciamento crônico de décadas. Nesse contexto, a integração contribui sobremaneira com sua construção e fortalecimento na proporção em que oferta serviços assistenciais em áreas nas quais o SUS tem dificuldade em prover, ampliando o acesso da população ao serviço.

Como as intervenções da IES estão pautadas pelos problemas e demandas locais da comunidade e do SUS, as ações promovidas pelas escolas modificam a realidade daquela comunidade e acabam por se converter em feitos que reforçam o papel da escola em promover transformação social.

Ao modificar o local e melhorar a qualidade de vida daquela população, a integração amplia seu papel e dá um sentido de responsabilidade social à escola. Estas concepções estão majoritariamente presentes no grupo dos gestores de escolas privadas, cujas contrapartidas produzem resultados mais imediatos e, por isso, visíveis. No grupo de gestores das escolas públicas, em que o papel social da escola é compreendido de modo mais abrangente, não existe uma associação forte entre papel social da escola e a integração com o serviço.

Nesse grupo, as escolas costumam responsabilizar-se por serviços especializados, ligados aos seus hospitais próprios, assumindo responsabilidades sanitárias e comprometendo-se com a assistência terciária. Diferente das escolas privadas que mantêm maiores vínculos nos níveis primários da atenção.

Em artigo que analisa a importância do PET-Saúde para a formação acadêmica, um dos resultados alcançados foi que a estratégia instigou a responsabilidade social, favorecendo o repensar do papel da academia na interlocução com a comunidade na busca pelos seus direitos sociais (MORAIS *et al.*, 2012).

Em outro direcionamento, artigos apontam que o compromisso social das instituições de ensino superior contribui para o desenvolvimento de projetos de integração ensino serviço, por meio de articulações intersetoriais (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Como processo institucionalizado, a IES possibilita à escola intervir e modificar a realidade na qual está inserida e ao aluno vivenciar e conhecer a realidade que irá modificar e responsabilizar-se por ela. São possibilidades importantes que contribuem com o desenvolvimento dos sistemas nacionais de educação e saúde.

Essa visão holística proporcionada pela integração, que engloba o conhecimento do SUS e das necessidades de saúde da população, prepara melhor o futuro médico para o exercício da profissão.

Um aspecto relevante na concepção dos sujeitos pesquisados diz respeito a constituição de uma rede gestora de política no campo da IES. Embora esse aspecto surja em todas as falas, ele, de fato, não é percebido pelos sujeitos como tal.

O processo de integração ensino serviço requer sustentabilidade operacional, vontade política e novos arranjos tecnológicos para sua constituição e governança (LEITE *et al.*, 2012), que não são contemplados no campo estudado.

Os processos de integração se dão prioritariamente circunscritos aos territórios sede das escolas. Nesses espaços, via de regra, coexistem mais de uma escola, vários prestadores assistenciais, consórcios e diferentes níveis de gestão do SUS e das políticas educacionais. Muitos destes entes possuem natureza privada, notadamente escolas e prestadores de serviços assistenciais.

Relações das mais diversas naturezas entre todos estes entes se estabelecem, muitas das quais calcadas em bases financeiras. Então, é de se esperar que, além de todos os entes anteriormente mencionados, junte-se ao conjunto de atores da política de IES órgãos de controle das mais variadas naturezas e esferas.

Depreende-se do conjunto de entrevistas analisadas, uma percepção partilhada de que os processos de integração apresentam características comuns às redes gestoras de política. Essa percepção surge do entendimento de que a IES deva ser construída pelos diferentes atores envolvidos, denotando um processo que demanda ações conjuntas, compartilhadas e consensadas. De que estes entes buscam objetivos comuns, qual seja a melhoria da formação médica e a construção do sistema de saúde e que, apesar das singularidades de cada um, cooperam para esse objetivo. Concordam, portanto, que o processo de integração envolve a

constituição de uma rede, ainda que isso não seja suficiente para produzir de fato uma gestão em rede.

Em artigo que objetivou compreender as contribuições do Pró-Saúde para as mudanças na formação e nos modelos de atenção, a perspectiva da contribuição se intensifica quando pautada em estratégias de gestão compartilhada que se processam na corresponsabilização dos segmentos envolvidos, resultando na democratização do processo (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Mesmo sem saber lidar com as implicações práticas disso, reconhecem que esse processo é marcado pela negociação, cooperação e pactuação e que muitos interesses, as vezes conflitantes, sobretudo por mais espaços de práticas, podem emergir. Embora se note, ainda que superficialmente, o fenômeno das redes, as relações entre os entes são predominantemente bilaterais e estabelecidas a partir das necessidades individuais.

Sem o envolvimento e participação de todos os atores e sem a identificação de necessidades conjuntas e a busca por consensos como meio de negociação, muitas das limitações vivenciadas não conseguirão ser transpostas, conforme avaliam os pesquisados. O reconhecimento de que a IES se estabelece em rede e como tal deve ser trabalhada é o primeiro passo no sentido de se avançar nessa direção.

Um aspecto que chama atenção é o fato de que mesmo identificadas estas características, escolas privadas cujas bases de sustentação de sua integração ocorrem mediante contrapartidas financeiras, tendem a sentir, de modo menos intenso, os impactos de uma gestão que não atende aos comemorativos de uma rede.

Apesar de evidente para os pesquisados que a IES conforma uma rede, isto ainda não se mostrou suficiente para modificar as práticas e os processos gerenciais. Corrobora esta observação as tentativas frustradas de implantar os COAPES (instrumentos que expressam relações em rede) nos territórios pesquisados.

6.3.2 Práticas de integração ensino serviço produzidas

As relações ensino serviço nas escolas investigadas reproduzem uma prática que se expressa predominantemente pela assistência biomédica a pacientes

individuais. Em todos os grupos entrevistados essa característica se sobressai, provavelmente relacionada ao fato de que ainda prevalece, por parte das escolas, a busca por cenários meramente assistenciais e os serviços são pouco propositivos em termos de IES.

Essa característica limita as possibilidades de prática advindas com a IES, uma vez que outros cenários, sob outras perspectivas, são demandados em muito menor grau pelas escolas, ainda que estejam prescritos nas diretrizes de formação. Os gestores dos serviços recorrentemente observam esse fato, diferentemente das escolas, em que poucos coordenadores atentam para isso.

Mesmo nos cenários assistenciais da atenção primária, a lógica de produção dos serviços ainda está centrada na cura e na figura do médico e os estudantes das escolas médicas parecem não estar preparados para trabalhar em equipe e acabam por não se integrarem a ela. Ainda que currículos objetivem formar para um agir de acordo com o modelo biopsicossocial, os estudantes não entendem seu papel na estratégia de saúde da família (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

Ao identificar contribuições e limites da IES, depreende-se que a falta de reflexão crítica sobre o processo de trabalho instituído leva à manutenção do cuidado em seu propósito produtivo, fragmentado e desenvolvido de modo técnico, que resulta numa contribuição inexpressiva dessa integração para a educação permanente e para a satisfação dos trabalhadores da equipe (MARIN *et al.*, 2014).

Coincide com essas observações a fala dos diretores das Regionais de Saúde, que possuem práticas de integração muito pontuais sob seus comandos. As práticas assistenciais estão concentradas nas unidades e serviços vinculados às secretarias municipais de saúde, onde realmente estão os serviços médico-assistenciais. A Regional, pelo seu tipo de inserção na gestão do SUS, possui um papel relacionado a articulação e gestão da assistência em nível microrregional. Por isso, a quase totalidade delas não possui contratos com as escolas e as que tem foram recentemente estabelecidos.

O panorama obtido em estudo que analisou a participação e integração de docentes em serviços assistenciais de saúde em 41 escolas médicas públicas e privadas no Brasil reforça que a IES ainda se apresenta frágil e incipiente por apresentar muitas ações descontextualizadas de sua importância política e social no processo formativo dos futuros profissionais. A integração se dá, prioritariamente, sob a ótica do cumprimento de ações previstas no currículo e o contato dos

professores e alunos com a rede de Saúde restringe-se às atividades assistenciais de ensino (SILVA *et al.*, 2018).

Em estudo conduzido com mais de 100 docentes de cursos de medicina, odontologia e enfermagem, em universidade do Nordeste, ficou evidenciado a fragilidade desta relação nos cursos de Medicina e Odontologia, cujas práticas se concentram predominantemente em clínicas/hospitais escolas da universidade (MENDES *et al.*, 2020).

Aspectos importantes ao serviço e também à própria formação do estudante, como aqueles relacionados à gestão ou à vigilância em saúde, que poderiam encontrar no sistema de saúde cenários de prática bastante interessantes, acabam alijados do processo, demonstrando que a escola não está atenta ao conjunto das necessidades da sociedade ou do serviço, uma vez que a assistência médica não representa a única conveniência do sistema.

Em concordância com nossos achados, gestores estudados em trabalho que objetivava conhecer a percepção de sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-cuidado no SUS, apontam para a necessidade de se considerar as atividades e os cenários de gestão e gerenciamento como campo de atuação na IES, para além dos serviços de atenção (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Até mesmo as práticas que ocorrem em unidades assistenciais nem sempre se constituem como tal. Caracterizam-se, muitas vezes, por uma prática observacional de um processo de assistência, que ocorre pelo próprio planejamento da atividade educacional ou mesmo pelas limitações estruturais dos cenários, como a falta de consultórios. Isso pode explicar a associação da integração com menor produtividade por parte de alguns gestores dos serviços.

As necessidades em atender grande número de estudantes e a alta rotatividade destes fazem com que eles sejam percebidos como passageiros pelas equipes, o que dificulta a comunicação e a formação de relações de confiança entre eles. Suas atividades no serviço nem sempre estão articuladas com as da equipe, denotando falta de entendimento da escola médica sobre o real papel da integração ensino serviço (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

O aprofundamento das relações entre escolas e serviços, resulta numa prática progressivamente condicionada pelas demandas do sistema. Muitas das ações dos alunos no campo de prática são pautadas pelos problemas locais de saúde, independente do planejamento educacional prévio. Deste modo, as forças e

instabilidades inerentes ao campo acabam por determinar as experiências vivenciadas na prática, assim como seus resultados.

Desfechos de um *survey* on-line conduzido com os coordenadores de projetos e de grupos de edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS) indicaram a realização de atividades conjuntas pelas escolas e serviços por demanda do serviço/comunidade, mesmo quando não previstas inicialmente no projeto, por mais de 90% dos respondentes (MAGNAGO *et al.*, 2019).

Essa característica é tida como vantajosa uma vez que desenvolve no aluno a capacidade de lidar com o real, tornando-o mais bem preparado para o trabalho futuro no qual será inserido. Principalmente se comparada à formação tradicional, em que a exposição a cenários mais controlados é a tônica.

Ainda que essa prática se caracterize por menor artificialização do espaço formativo, muitas vezes as relações de preceptoria no serviço se estabelecem de modo a comprometer esse atributo. Exigências do serviço ou convicções do ensino, por vezes, fazem com que a presença do aluno no campo somente seja possível quando acompanhado do preceptor vinculado à instituição de ensino.

Mesmo que esse preceptor assuma responsabilidades com o atendimento, isso artificializa a integração ao colocar o ensino fora da realidade da equipe. Seja pelo fato de o preceptor não ter vínculos efetivos com o serviço, seja porque a atividade acaba por se condicionar ao calendário escolar.

Nesse sentido, estudos indicam que a resistência dos profissionais de saúde para o exercício da preceptoria pode estar associada à incompatibilidade curricular com a lógica do serviço e à desvalorização desse papel por gestores, instituições de ensino e pelos próprios profissionais (MAGNAGO *et al.*, 2019).

Outro aspecto da realidade a condicionar as práticas de integração pode ser observado na forma como os preceptores se vinculam aos processos de integração. Nos hospitais universitários, pelas escolas públicas e na rede assistencial do SUS, pelas escolas privadas.

A utilização de cenários da rede SUS por escolas públicas, jovens ou antigas, tem sido bastante comprometida, pois estas, via de regra, não dispõem de recursos financeiros para pagamento de preceptores ou não possuem, em seus quadros, servidores com esta atribuição. Diferentemente das escolas privadas que contratam

profissionais com esta finalidade específica ou promovem o pagamento complementar de trabalhadores do serviço.

Contradições desta natureza, que delegam ao ente formador a responsabilidade principal pela preceptoria, corroboram a pouca compreensão dos gestores do SUS acerca das suas efetivas responsabilidades com a formação de recursos humanos em saúde.

Em estudo que investigou uma experiência de IES no contexto de uma universidade privada, restou evidenciado como diferentes vínculos de trabalho docente determinam o envolvimento com a estratégia, determinando distintos graus de comprometimento e disponibilidade com a integração (BATISTA; STRALEN, 2018).

De qualquer modo, a IES tem propiciado o desenvolvimento de uma prática condicionada pelas necessidades de saúde e integrada à esfera na qual ocorre. Com isso, favorece a compreensão dos problemas locais de saúde e seus determinantes, bem como direciona os esforços no sentido de atendê-los, tornando o cuidado mais resolutivo.

Evidenciou-se, também, que as práticas de IES são mais fortemente determinadas pelo alinhamento unilateral de interesses entre os entes envolvidos, de modo a compensar as próprias carências, do que para cooperar pelo alcance de objetivos comuns.

A integração entre escolas e os serviços de saúde se estabelece com base numa relação de necessidades – e possibilidades – identificadas por ambos os lados. Se, de um lado, as escolas se beneficiam com o conhecimento compartilhado pelos preceptores e serviços, o serviço, por sua vez, espera usufruir das oportunidades de ampliação da formação de seus trabalhadores, mediante a inserção em todas as modalidades formativas que a academia possa oferecer (NETA; ALVES, 2016).

Assim, a busca das escolas por cenários de prática e do SUS pela ampliação na oferta de serviços assistenciais e de formação de seus quadros, sobrepujam os objetivos finalísticos da integração, quais sejam, o de melhorar o perfil do egresso, fortalecer o sistema de saúde e melhorar as condições de vida da comunidade, transformando as práticas em meros arranjos de necessidades.

Isto produz práticas um tanto distintas das resultantes de uma relação assentada na colocação de fortalezas e potencialidades de cada participante a

serviço da integração. Essa é uma perspectiva compartilhada pelo universo geral dos gestores.

No entanto, a prática predominante dos gestores escolares remete à integração apenas como meio de viabilizar os campos de treinamento para cumprir seus objetivos pedagógicos, não incorporando a essa fala a responsabilização sanitária das escolas. O que reforça a emergência de uma produção resultante da satisfação de necessidades unilaterais.

Reforça esse aspecto a recorrência com que unidades servem somente como um “laboratório externo de realidade”, em que o aluno vai a campo apenas para satisfazer o planejamento acadêmico. As unidades são demandadas pela escola que determina o volume e a natureza do serviço a ser atendido, demonstrando pequeno ou nenhum compromisso para com as necessidades do sistema, além de reforçar uma prática artificializada.

Esse alinhamento de interesses está tão presente nas práticas da IES investigadas que, muitas vezes, a relação de integração limita-se a um estágio no serviço e é conduzida pelo gestor do sistema de saúde sob uma perspectiva de gerenciamento de recursos humanos.

Componentes curriculares das escolas também utilizam o cenário para aulas práticas, com problematização do cotidiano do SUS, caracterizando uma prática comum do uso da UBS como espaço educacional de determinadas disciplinas. Apesar do valor desta ação para o processo formativo e do cuidado, muitos dos resultados produzidos para o sistema permanecem incertos, numa magnitude diretamente proporcional ao envolvimento e corresponsabilização comuns dos partícipes.

Assim, uma efetiva integração dos componentes curriculares como mobilizadores do território da práxis, entre outros, por meio da problematização do cotidiano do trabalho, na escola e na rede, aproxima os mundos do ensino e do trabalho, estimulando a ação-reflexão-ação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Estas ações ainda estão longe de um processo de integração genuíno, principalmente a partir de áreas não assistenciais. Desse modo, resulta em devoluções ao serviço pautadas mais fortemente por necessidades identificadas pela própria escola. Estas devoluções não são frutos de processos construídos conjuntamente com o serviço, a partir de necessidades conjuntamente reconhecidas, mas tão somente resultantes dos processos pedagógicos da escola.

Muito se fala na pesquisa para o SUS. Entretanto, o que se observou mostra que a pesquisa não compõe o conjunto de demandas emergenciais do sistema, não se constituindo, portanto, em interesse prático do gestor. Tampouco o que se pesquisa na academia nasce da construção de um entendimento conjunto de necessidades.

Como consequência, essas práticas ficam circunscritas às trocas entre um serviço que oferta cenários para as escolas, mas não planeja e discute as atividades educacionais, e uma escola que apenas deseja o acesso a esses cenários, mas não se compromete com o conjunto de responsabilidades sanitárias.

Marcada por esses interesses, o que se vê atualmente é a insuficiência dos serviços para as atuais demandas por cenários de prática, muito embora não se saiba ao certo se numa política de integração ensino serviço abrangente, em que todos os aspectos, e não apenas os meramente assistenciais estivessem contemplados, haveria, de fato, insuficiência da rede. Sem deixar de citar que alguns cenários assistenciais ainda permanecem fora das políticas de integração por desinteresse das escolas.

Seguindo por esse caminho, as dificuldades relacionadas às características operacionais das escolas, como seu calendário próprio, suas fracas contrapartidas, sua incapacidade em compreender as necessidades do serviço e responsabilizar-se conjuntamente por elas, têm limitado as possibilidades de práticas de integração.

Uma integração sintética, artificial, também pode ser uma das consequências evidenciadas por relações construídas a partir da satisfação de necessidades unilaterais. Por não confiar na qualificação técnica ou pedagógica dos profissionais do serviço, a instituição de ensino envia seus próprios preceptores. Com isso, não contribui com a educação permanente no SUS, dificulta a prática interprofissional e compromete-se em menor grau com os compromissos sanitários do serviço, resultando numa menor inserção da escola no serviço.

Práticas com essas características se mostraram mais presentes nas relações com as escolas privadas. Possivelmente por se instituírem sob uma base financeira de pagamento pelo “uso do serviço” como cenário de prática, conforme ficou evidenciado nas falas dos gestores escolares pesquisados. Diferente do que ocorre com as escolas públicas, que precisam garantir esses mesmos espaços sem a possibilidade de remuneração por eles.

Ao preterir a escola pública ou condicionar a prática ao aporte de recursos, as relações de integração suscitam conflitos de interesse e desigualdades. As características estabelecidas pela natureza pública ou privada das escolas são determinantes dessa condição.

Ainda nessa direção, a despeito das potencialidades decorrentes da integração ensino serviço, algumas dificuldades relacionadas à forma de inserção docente nos serviços, aos valores distintos atribuídos às atividades de ensino e cuidado pelos diferentes sujeitos e os princípios e práticas tradicionais arraigados no imaginário dos envolvidos estão presentes, comprometendo a construção de uma prática efetiva. Somados às mudanças da gestão municipal que a cada mandato atribui valores e incentivos distintos ao processo (MARIN *et al.*, 2014).

Um dos aspectos mais relevantes e presentes quando se fala da integração ensino serviço é o relativo às contrapartidas. Neste contexto, elas emergem como condicionantes das práticas que se estabelecem em função das ofertas possíveis de cada um dos pactuantes.

Uma característica recorrente que surge é a desigualdade presente num mesmo território, ocasionada exatamente pela disponibilidade de contrapartidas distintas entre as escolas. E o quanto isso modifica as práticas experimentadas por elas.

Basicamente, a contrapartida requerida dos serviços é o campo de práticas. Em se tratando das escolas, o leque torna-se muito mais amplo, indo de cursos e capacitações para os profissionais do serviço até investimentos em infraestrutura. E é nessa gama de possibilidades que repousa a base da desigualdade.

Essas relações são fortemente influenciadas pela natureza jurídica das escolas. Escolas privadas são dotadas de maior flexibilidade e capacidade de se adaptar às necessidades e exigências dos serviços. Isso resulta em um relacionamento distinto com os mesmos, acentuando distorções e conflitos no território. Quando a escola pode oferecer muitas contrapartidas, sobretudo atendendo às necessidades do serviço, essas relações tendem a se intensificar e vice-versa.

Em estudo de revisão sobre o assunto foram encontrados desafios nas relações assimétricas e de poder entre os atores envolvidos, com resistência para o trabalho em conjunto, dificuldades institucionais pelo distanciamento entre

instituições de ensino e serviço, além de ações desarticuladas e não planejadas em conjunto (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Foi comum no segmento dos gestores dos serviços investigados as percepções de que o sistema oferta às escolas muito mais do que recebe em troca. Essa percepção, somada a um sentimento de pouco compromisso das instituições de ensino públicas com o SUS e a expansão crescente no número de alunos (sobretudo nas privadas), tornando os cenários insuficientes, tem favorecido o estabelecimento de práticas de integração mais intensas entre o SUS e as escolas privadas no território analisado. Nessa “disputa”, a inserção das escolas privadas na rede tem sido maior do que das públicas.

Na verdade, as contrapartidas ofertadas pelas escolas privadas respondem mais rapidamente às necessidades emergenciais do sistema. Recursos financeiros diretos, contratação de recursos humanos, fornecimentos de insumos e investimento em obras são alguns dos exemplos, dos quais as instituições públicas raramente podem dispor.

A produção de conhecimento, por meio da pesquisa, ou a formação de massa crítica para o sistema, contrapartidas mais factíveis e usuais às públicas, compõem demandas menos agudas do sistema, tem retorno lento e quase imperceptível, além de um alinhamento ainda não totalmente construído.

A maior resposta das escolas privadas, no território estudado, em termos de alinhamentos com as diretrizes centrais, e a menor disponibilidade das públicas em assumir novos papéis, bem como empecilhos de ordem legal alegados, também explicam o maior acesso às práticas de integração pelas privadas.

Como resultado, muitas práticas acabam limitadas pela impossibilidade das contrapartidas desejadas ou necessárias. Especialmente aquelas relacionadas à preceptoria. Seja porque os serviços requerem a presença do preceptor da instituição, seja porque o profissional do serviço não se dispõe a assumir a função de ensino sem a devida compensação pecuniária.

Conforme destacado pela maioria dos entrevistados, é comum no exercício dos processos de IES, que relações pessoais se sobreponham às institucionais, determinando com maior intensidade de que modo se dará a prática de integração, que a presença de interesses conflitantes sobrevenha entre entes que buscam objetivos comuns e que desafios impostos pelas singularidades dos partícipes, como

sua natureza pública ou privada, determinem parâmetros distintos de uma mesma prática.

Esses fenômenos representam dicotomias comumente presentes nas redes gestoras de política e são comuns no contexto da IES, ainda que os gestores não as reconheçam e nem as gerenciem como tal. Assim, em função de suas características, esses fenômenos produzem práticas distorcidas e de difícil gestão.

As características mencionadas emergem do fato de que as escolas públicas e privadas estudadas precisam, num mesmo território, organizar suas políticas de IES a partir do relacionamento com os mesmos entes, quais sejam, gestores municipais e estaduais do SUS, hospitais públicos e privados, conveniados ou não ao sistema. E o fazem sem considerar a presença de outras escolas, buscando a satisfação apenas de suas necessidades. Desta maneira, acentuam as naturais dicotomias de uma rede.

Também entre entes pertencentes ao mesmo nível de gestão e sob o mesmo comando político, as práticas de integração se dão de modo fragmentado, com visões desalinhadas e que refletem o peso das convicções pessoais na definição das práticas existentes.

Regionais de saúde e hospitais integrantes da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, acabam por estabelecer relações diretas e independentes, muitas vezes geradoras de conflitos com as escolas, demonstrando que a horizontalidade e o policentrismo estão presentes, mas nem sempre são considerados na gestão dos processos.

Disto resulta uma prática em que disputas pelo uso de cenários ganham mais força no território do que a cooperação em busca dos objetivos comuns. Sobretudo nas relações em que o ente de ensino é privado e as bases dessa prática se estabelecem em funções de contrapartidas que raramente podem ser alcançadas pelo ente educacional público.

A expansão das escolas no território em questão, tornou as condições dos cenários locais mais críticas e acirrou essa competição por espaços, com uma inserção na rede em escala maior de escolas privadas do que públicas.

As facilidades em ofertar contrapartidas, o maior alinhamento pedagógico às diretrizes nacionais, a flexibilidade na gestão da privada em relação à pública e a menor disposição da pública em assumir novos papéis demonstram singularidades

presentes entre as instituições de ensino que contribuem com o tipo de prática encontrada na IES.

Ademais, escolas privadas possuem um regramento normativo mais simples e por isso uma capacidade de negociar, assumir e alinhar interesses facilitada. É uma das características das práticas de integração que ficou evidenciada é de ser condicionada por esse alinhamento de interesses.

A capacidade em adaptar seus currículos e aderir às políticas centrais também encontra diferenças entre escolas públicas e privadas, sendo mais favoráveis a estas e podendo estar relacionada à natureza de contratação dos recursos humanos envolvidos, bem como à gestão interna, além da própria missão institucional, segundo apontam estes gestores.

A presença de normas adequadas foi, também, apontada como importante fator a determinar as práticas de integração. Normas locais inadequadas, como as que impedem o médico do serviço de receber alunos durante seu turno de trabalho, contribuem para descaracterizar a essência do processo que preconiza a formação em ambiente real. A interpretação do conjunto normativo, inclusive, é condicionada muito em função da natureza pública ou privada das escolas.

Práticas que precisam ser renegociadas a cada troca de gestão ou a adesão às políticas indutoras em maior ou menor grau ou mesmo o comportamento pendular da política de integração que, de acordo com o grupo político no poder é marcado por avanços e retrocessos, explicitam a força das relações pessoais em condicionar essas relações, achado corroborado em vários estudos da integração ensino serviço (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; LEITE *et al.*, 2012; MARIN *et al.*, 2013; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

As práticas experimentadas no campo da integração ensino serviço pesquisado também são marcadas pela pouca inserção dos processos de ensino nas rotinas dos serviços, assim como pela pouca participação dos serviços nas definições pedagógicas da escola, denotando uma baixa institucionalização do processo. Quanto menores os compromissos mútuos com os objetivos comuns, menor será o grau de institucionalização dessas práticas.

A relação horizontalizada e duradoura entre os atores da escola e do serviço, de modo a fortalecer o vínculo e valorizar o planejamento conjunto de atividades, é fundamental na produção das relações de ensino e serviço (COÊLHO; MIRANDA; NETO, 2019).

A maior dependência pelo entendimento das pessoas que ocupam posições de comando institucional, condicionada por diferentes gestões políticas, e do grau de afinidade entre gestores de serviços locais e das escolas, além do nem sempre alinhamento político entre entes da federação, corroborada pela escassez de financiamentos permanentes, produzem uma práxis inconstante e de resultados aquém do possível, segundo apontam os sujeitos pesquisados.

A responsabilização conjunta por esta prática, por meio da inclusão efetiva dos atores que a promovem, é um elemento importante para o fortalecimento do processo, pois demonstra o lugar de prioridade que a mesma ocupa nas agendas políticas. Ter a oferta de contrapartidas como base da negociação e limitar o processo à obtenção de campo de estágio contribui com sua baixa legitimação.

Historicamente, a IES desenvolveu-se a partir de programas e projetos específicos, cujo objetivo era fomentar o seu desenvolvimento. As publicações sobre integração ensino serviço disponíveis nas bases de dados corroboram com esta afirmação, uma vez que, em sua maioria, tratam destes projetos e programas.

Ações que resultaram desses processos foram marcadas por começo, meio e fim, e embora tenham contribuído muito, não foram suficientes para a promoção de uma prática constante e crescente de trabalho conjunto entre escolas e serviços. Assim como a sensibilidade política para com a IES, por parte dos ocupantes dos cargos diretivos, os financiamentos para essas práticas surgiam e desapareciam sem a regularidade necessária.

Estudo que objetivou avaliar as repercussões na prática profissional de enfermeiros egressos do Pró-Saúde apontou muitos desafios a serem ultrapassados e mostrou que esse estímulo pontual do programa na enfermagem não foi suficiente, pois quando os enfermeiros entram em contato com a realidade do serviço, há uma disposição em priorizar a racionalidade técnica (REIBNITZ *et al.*, 2016).

Um dos aspectos mais levantados pelos gestores de ambos os sistemas e que sinaliza para uma prática pouco legitimada refere-se à ausência de políticas claras e bem definidas para a preceptoria. A falta de uniformidade com que as relações entre escolas, serviços e preceptores ocorrem e as incompreensões acerca do real papel da preceptoria por parte de gestores e órgãos de controle contribuem para o enfraquecimento da prática de IES.

No território pesquisado, muitas práticas do cotidiano ainda se sustentam sobre relações pessoais construídas entre docentes e ex-alunos, ex-colegas de

trabalho ou colegas pertencentes a outros círculos de relações sociais. Arranjos condicionados a troca de favores ou ajustes de conveniência marcam parte da sustentação das práticas vigentes.

Também surgem como indicativos da pouca sustentação das práticas existentes o fato de que, de tempos em tempos tenha que se retomar as negociações, quer para abertura de novos cenários, quer para a manutenção dos mesmos. O que demonstra um processo fragilmente implantado de governança e aperfeiçoamento continuado.

A quase nenhuma participação do controle social nas definições dessas práticas é tida por alguns gestores como uma das causas da pouca institucionalização e conseqüente dependência das oscilações políticas pelas quais passam as práticas de IES.

6.3.3 Fatores determinantes da integração ensino serviço

Como mencionado anteriormente, a revisão da literatura publicada sobre as relações de integração ensino serviço traz à discussão muitos aspectos relacionados a fatores facilitadores e dificultadores dessas relações, expressos em termos de potencialidades ou desafios proporcionados pela estratégia. Comparativamente, esta dimensão ocupou a segunda colocação em termos de frequência no material analisado, atrás apenas dos enfoques relacionados às concepções da IES.

Para os pesquisados, a concepção de propostas educacionais representadas por projetos pedagógicos e currículos em consonância com as diretrizes do SUS constitui um elemento facilitador dos processos de integração, uma vez que implica, entre outras coisas, na seleção de docentes e preceptores concordantes com estas propostas. O conhecimento e a concordância do corpo interno das instituições com as políticas centrais também foram considerados como fatores decisivos no sucesso dessas ações.

Uma primeira questão a ser considerada diz respeito à política pública que desenvolve a relação ensino serviço comunidade no âmbito dos cursos profissionalizantes como medicina, enfermagem ou psicologia, que, tradicionalmente, possuem abordagens disciplinares para os problemas identificados nos territórios. Diferente dessa abordagem, priorizar uma perspectiva interdisciplinar na análise da situação de saúde amplia o desenvolvimento de um conhecimento

sensível dos diferentes determinantes da saúde que não se concentra apenas nas técnicas, teorias e procedimentos de cada profissão (FARIA *et al.*, 2018).

As instituições que apresentam menor aderência às DCN costumam ser as que apresentam processos de integração ensino serviço mais incipientes, quando comparadas as que aderem e por conseguinte apresentam maior diversificação dos cenários de prática e inserção de estudantes no SUS (HADDAD *et al.*, 2006).

Por outro lado, à medida em que as demandas do sistema de saúde por profissionais de um perfil diferente não se concretizam na prática, o alinhamento educacional perde força e a formação volta a ser moldada por aquilo que, efetivamente, o mercado demanda. Por isto, a disposição da instituição de ensino em ter e manter um papel de apoio mútuo na construção do sistema de saúde e de suas políticas de educação são influências positivas na integração.

Cenários de prática inadequados, falta de preceptores, formação insuficiente dos médicos generalistas para receber estudantes, acrescido por docentes sem capacitação adequada para o ensino na área ou resistentes a este novo caminho, dificultam a inserção do ensino nos serviços (SILVA *et al.*, 2017).

A dificuldade de adaptar as normas centrais às necessidades locais tem sido um dos maiores desafios a transpor no terreno da integração ensino serviço. Políticas indutoras do nível central que tem representado importante papel para a consolidação da IES, nem sempre conseguem ser genéricas o suficiente para contemplar as múltiplas realidades locais. E isso constitui importante barreira para o desenvolvimento da integração.

Há um descompasso entre setores dos próprios ministérios envolvidos com a IES (Saúde e Educação) que, ao mesmo tempo em que lançam portarias conjuntas estimulando a integração, não conseguem expandir para setores específicos das suas gestões as necessidades inerentes dessas políticas. Os projetos e recursos destinados a qualificação e ampliação da atenção básica ainda preveem projetos de unidades de saúde que não contemplam as necessidades de ensino, dificultando a concretização da integração.

A implementação das ações de integração ensino serviço envolve negociações com o poder político local; para tanto, é capital considerar a gestão e governança locais em todos os seus aspectos. Programas de indução de mudança na formação profissional em saúde sofrem restrições devido às singularidades nos

contratos de trabalho dos docentes, por exemplo (LEITE *et al.*, 2012; BATISTA; STRALEN, 2018).

A compreensão ampliada e melhorada, por parte dos sujeitos da integração, a respeito do significado e objetivos das políticas propostas pelo nível central constitui passo fundamental para sua implantação. No campo pesquisado, essa demanda encontra maior resistência nas escolas públicas, em relação às privadas e aos serviços. Corpo docente envelhecido e as características de vínculo institucional parecem explicar essa condição. Como resultado, observa-se no conjunto de escolas privadas uma maior integração, fruto desse maior alinhamento às diretrizes.

Estudo com 75 gestores e profissionais de saúde que investigou o processo de integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde no Ceará identificou que, entre os elementos facilitadores desta integração, estavam a clareza do benefício deste processo para a qualificação da atenção e da formação (BARRETO *et al.*, 2018).

No grupo pesquisado, principalmente as escolas mais antigas têm encontrado maior dificuldade em alinhar-se às mudanças da política nacional de saúde que reorganizaram as bases assistenciais do SUS, por meio da hierarquização e descentralização do sistema, com fortalecimento da APS.

Ao retirar das unidades assistenciais dessas escolas determinadas fatias do atendimento, principalmente aqueles do nível primário, feitos nos pronto-atendimentos dos hospitais universitários, estas instituições de ensino se viram obrigadas a levar suas práticas para fora da escola.

A incompreensão por parte do corpo docente da instituição quanto ao estabelecido na diretriz, ou a discordância ideológica daquilo que a política central preconiza ou, ainda, a necessidade de sair da zona de conforto de uma atuação profissional de muitos anos já ajustada à rotina, tem dificultado a implantação de uma IES capaz de atender aos novos requisitos formativos.

De fato, entre os muitos desafios a serem superados estão o modelo hospitalocêntrico, ainda predominante na formação, os currículos fragmentados em disciplinas com poucas ações interdisciplinares previstas e com predomínio de metodologias tradicionais de ensino e a resistência de alguns docentes em participar da integração, associado a infraestrutura do Sistema Único de Saúde nem sempre favorável (MENDES *et al.*, 2020).

Se, por um lado, diretrizes prescritivas podem dificultar a integração à medida em que não conseguem contemplar realidades locais, a necessidade em atender à estas condições regulatórias, por parte de escolas e serviços, pode forçá-los na direção de uma maior adequação a essas políticas, facilitando a construção da integração. Como elementos surgidos na pesquisa que evidenciam isso, estão o fortalecimento da APS e a valorização do profissional da atenção primária, reconhecidos por ambos os setores de ensino e serviço pesquisados.

Nesta linha, a combinação de políticas federais de gestão do trabalho e da educação na saúde e de expansão da atenção básica, com uma atuação sinérgica no âmbito localregional, propiciaram uma série de inovações voltadas para o fortalecimento da integração ensino serviço e da construção de espaços conjuntos de planejamento e gestão entre instituições de ensino e gestores locais do SUS (BARRÊTO *et al.*, 2019).

De parte dos serviços pesquisados, também parece haver uma dificuldade no alinhamento às novas diretrizes propostas para a educação nas áreas da saúde, que estimulam e, de certo modo, impõem o ensino preferencialmente na rede SUS, principalmente durante a graduação.

Embora a ordenação de recursos humanos pelo SUS seja da época da fundação do sistema, este tema passou a compor a pauta de discussões dos gestores com maior ênfase nos últimos anos, em parte devido às pressões por cenários de prática desencadeadas pela expansão dos cursos médicos.

A disposição das instituições de ensino e serviço em manter um papel de cooperação e apoio mútuo para viabilizar a formação de profissionais alinhados com as necessidades sociais em saúde e contribuir com a construção do sistema de saúde foram identificadas como influências positivas para viabilização da integração.

Processos de IES em que essa percepção de complementariedade é menos presente na sua construção, promovem processos distorcidos onde o ensino pouco se insere na rotina dos serviços e não se compromete com as responsabilidades do SUS, ao passo que os serviços também estão pouco implicados com os processos pedagógicos. É importante para a IES que ambos os partícipes estejam empenhados com os objetivos institucionais do parceiro.

Esse compromisso nada mais representa do que a escola estar atenta às necessidades de saúde da comunidade e o SUS comprometer-se com a formação de seus próprios recursos humanos.

Estudos indicam que dificuldades na integração ensino serviço estão relacionadas à participação incipiente da gestão da rede nos processos pedagógicos, às intencionalidades da escola e do serviço que não convergem e aos objetivos que não são totalmente comuns, a despeito de incentivos governamentais criados para fomentar esses processos de integração (ANDRADE *et al.*, 2015).

Muitas oportunidades de integração deixam de existir justamente pela falta dessa identificação. Nas regionais de saúde ou nos setores de vigilância em saúde do SUS dos territórios pesquisados, os processos de integração quase não existem, pois suas ofertas de prática costumam não compor os objetivos educacionais das instituições de ensino, que buscam, prioritariamente, cenários assistenciais. Áreas importantes da formação, inclusive previstas na diretriz curricular, e contribuições necessárias ao sistema deixam de ser contempladas quando o alinhamento não se faz pela perspectiva do conjunto, do todo.

Em pesquisa que objetivou descrever a percepção de docentes sobre a articulação ensino serviço e suas contribuições para a implantação de modelo de Vigilância da Saúde (VS), concluiu-se que a contribuição do ensino para esta implantação foi pequena, restringindo-se à realização de ações isoladas, principalmente porque os docentes não consideram ser essa uma tarefa da academia (PEREIRA; FRACOLLI, 2009).

O histórico de sucesso em parcerias mais duradouras pode estar relacionado a um maior reconhecimento de interdependência, em que se enxerga no parceiro um apoio na consecução de seus objetivos finais. Relatos obtidos indicam que essas relações facilitam a integração. Na experiência analisada, nos grandes grupos educacionais com base financeira sólida, esse parece ser um aspecto recorrente.

A instituição de relações orgânicas e permanentes entre escolas, serviços e órgãos de controle social, além de um investimento institucional duradouro são pontos necessários para evitar a descontinuidade dos processos de integração (ALBIERO; FREITAS, 2017; SILVA *et al.*, 2018).

O direcionamento de pesquisas para as necessidades e expectativas do sistema é uma das formas de facilitar a integração, segundo os sujeitos pesquisados. O que se depreende na prática é que essa construção conjunta nem sempre ocorre, pois o próprio sistema estudado não tem na pesquisa uma de suas prioridades emergenciais.

As relações de integração nascem principalmente a partir das demandas das escolas por campos de prática. Serviços pouco demandam às escolas, pois a formação de recursos humanos futuros, ainda que considerada estratégica, não está na sua agenda de prioridades.

As demandas por integração que partem dos serviços para as escolas são muito em função das necessidades de ampliação de oferta assistencial, geralmente em áreas para as quais os gestores do SUS não conseguem dar respostas, o que promove vínculos construídos para satisfação de interesses unilaterais. Essa falta de complementariedade na base das relações de IES impede uma integração que de fato cumpra com todo seu potencial.

Um aspecto a considerar é a coincidência de diretrizes educacionais que dirigem a formação para a atenção primária com os processos de fortalecimento desse nível de atenção dentro do SUS, inclusive pela valorização desse profissional. Essa sincronicidade foi importante em gerar esse reconhecimento de complementariedade e portanto favorecer processos de IES mais efetivos e geradores de melhores resultados, como a vinculação maior de egressos ao sistema nesse nível de atenção.

As modificações do ensino e da atenção a partir da reflexão sobre a realidade do cuidado em saúde, sob a diretriz do compromisso de efetivação dos princípios do SUS contribui com a integração ensino serviço (MARIN *et al.*, 2013).

Um dos elementos dificultadores das relações de integração levantado pelos sujeitos da pesquisa é a pouca disposição dos profissionais da rede em assumir as funções de preceptoria. Em boa parte das vezes identifica-se que essa resistência é resultado da insegurança no exercício da nova função, portanto, o preparo dos preceptores para educação é um condicionante facilitador da IES.

Este achado encontra eco em inúmeros estudos publicados que apontam, entre os desafios para a consolidação da integração ensino serviço, os relacionados à preceptoria, como a resistência e/ou indisponibilidade de alguns profissionais da rede, o despreparo em relação às práticas pedagógicas e, em alguns casos, em relação à própria prática profissional, a presença de pessoal suficiente para supervisão dos discentes com perfil de atitudes que sirvam como exemplos para os futuros profissionais, a dificuldade de acesso a bases de dados e de pesquisa e a necessidade de ressignificação e valorização do papel de preceptor, com a permanente qualificação destes recursos humanos (PEREIRA; FRACOLLI, 2009;

SOUZA; CARCERERI, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; FORTE *et al.*, 2015; NETA; ALVES, 2016; SILVA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018; MAGNAGO *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Também aparece, em menor escala, que políticas de desenvolvimento docente tendem a contribuir com o processo de integração, por instrumentalizar os docentes para as novas práticas educacionais e sensibilizá-los para as novas necessidades formativas.

O desenvolvimento de competências para atuação na atenção primária é um dos objetivos finais dos processos de IES. Pesquisa nacional com gestores de escolas médicas concluiu que o preparo inadequado dos docentes é um fator que dificulta o desenvolvimento destas competências (VIEIRA *et al.*, 2018).

A viabilização dos processos de integração ensino serviço requerem dos agentes envolvidos a disposição em assumir novos papéis. Em se tratando de um processo que envolve o ensinar num ambiente de práticas reais, o desenvolvimento profissional de trabalhadores e docentes na direção das competências que lhes são hipossuficientes, de forma conjunta e articulada, é fundamental.

Esse desenvolvimento profissional engloba também o preparo para a gestão dos processos educacionais, uma vez que a integração, para ser bem-sucedida, avança para além das questões puramente pedagógicas.

A valorização institucional de profissionais com vínculos nos dois campos, do ensino e do serviço, é apontada como fator facilitador para a integração, bem como o estímulo a formação *stricto sensu* nos profissionais do serviço.

Situações em que docentes também são profissionais da rede de saúde, atuando como gestores municipais, têm sido consideradas como um potencial facilitador da integração ensino serviço, visto que favorecem a articulação e organização das atividades de ensino nos diversos cenários dos serviços (SILVA *et al.*, 2018).

Quanto maior o grau de institucionalização das relações de integração, representadas por uma menor dependência das pessoas da gestão, por uma maior inserção nas políticas do município e das escolas e pela maior presença na pauta de discussões dos gestores, mais fácil se torna a IES.

No entanto, a análise do material demonstrou tratar-se ainda de um processo com baixo grau de legitimação. É muito dependente da gestão política em ambos os sistemas envolvidos e do grau de afinidade de gestores locais com gestores da

escola. Em todos os grupos entrevistados foi apontado que, quando cargos da gestão local são ocupados por profissionais que tem vínculos com a escola, os processos fluem bem. De modo análogo, foi relatado que trocas cíclicas de comando na gestão pública, somadas a falta de políticas de longo prazo, se constituem em elementos que dificultam a realização da integração.

Revela-se, então, necessário que a integração ensino serviço se consolide como uma prática permanente na formação em saúde, não obstante este compromisso interinstitucional efetivo entre saúde e educação, representado pela efetiva articulação de objetivos e verdadeira integração entre demandas e expectativas mútuas ainda seja um desafio. Fica evidente a necessidade de institucionalização da IES (MENDES *et al.*, 2020).

Estratégias que promovam a constância das ações de integração, aumentando a inserção do ensino no serviço, comprometendo os atores institucionais com os resultados do processo e não apenas com seus objetivos institucionais, planejando e pactuando processos de longa duração e contemplando a participação do controle social, aumentam o grau de institucionalização da IES e tornam mais fácil sua implementação.

Processos de gestão adequados, que prevejam bons mecanismos de comunicação, a explicitação clara de papéis, o planejamento conjunto de ações, o adequado suporte financeiro e disponham de estrutura de apoio, são elementos levantados como favorecedores dos processos de integração.

Disposição para o diálogo e ampliação de ações, sensibilização dos gestores, compartilhamento de objetivos, estabelecimento de parcerias formais e participação dos representantes da academia no controle social, representam medidas para superar obstáculos à integração ensino serviço. A não participação do docente no planejamento das atividades dos serviços e dos profissionais dos serviços no planejamento das ações de ensino, ocasionam desencontros na execução das ações (SILVA *et al.*, 2018).

Ficou evidenciado que há um descompasso muito acentuado entre o real, representado por uma rede de gestão da IES, e a forma como se opera a gestão dessa integração. Em todo universo pesquisado, os processos de gestão, na prática, desconsideram a existência efetiva dessa rede e gerenciam suas relações de integração como se os processos ficassem contidos aos dois entes pactuantes. Mesmo que isso seja cotidianamente desmentido, exposto e percebido por todos.

As tentativas de trazer para o tangível alguns aspectos inerentes à gestão das redes como os processos de pactuação coletivos, quase sempre esbarram nos conflitos que não conseguem ser adequadamente mediados, nas antinomias presentes no conjunto normativo disciplinador do processo e na ausência de instrumentos de pactuação capazes de suportar a complexidade da ação, agregando um maior grau de dificuldades à IES.

O engajamento interinstitucional efetivo entre o setor saúde e educação, com adequada articulação de objetivos e uma verdadeira convergência de demandas e expectativas requer uma articulação mais estreita, exigindo mediações complexas, devido às singularidades e contradições existentes nessa relação (MENDES *et al.*, 2020).

A tentativa de concretização dos COAPES expressou de modo ímpar essa constatação. Na maioria do universo pesquisado, o mais longe que a discussão chegou foi para viabilizar o instrumento como medida de atender à política indutora proposta. E revelou absurdos que chegaram ao ponto de produzir contratos organizativos celebrados apenas entre um ente educacional e uma secretaria de saúde. Na minoria que conseguiu avançar no processo de discussão e assinar o contrato organizativo, a mudança nos processos de gestão praticamente não ocorreu.

A percepção, ainda que embrionária, de que existe uma rede e de que os elementos que a compõem devem estar contemplados nos processos de gestão, manifesta-se na formação de comitês gestores e câmaras técnicas, que buscam envolver os partícipes, dar subsídios técnicos, dividir decisões e pactuar horizontalmente. Estas estratégias, ainda que não se constituam em unidades operacionais de gestão efetivas, favorecem o desenvolvimento da integração.

Envolver desde o início todos os partícipes, inclusive os conselhos de saúde, promover a comunicação efetiva e favorecer o planejamento conjunto, ao lado da profissionalização dos gestores e da compreensão do que seja a IES, são aspectos importantes na facilitação da integração.

Como a gestão dos serviços públicos muitas vezes se dá por indicações políticas ou mediante processos eleitorais, garantir que os gestores indicados ou eleitos sejam sensíveis à IES e capazes de compreender a complexidade inerente à esse processo deve ser considerado como meio de contribuir com a IES.

Estudo que comparou o processo de colaboração interprofissional entre atores de instituições de ensino superior e de sistemas municipais de saúde de duas cidades estratégicas para expansão do ensino superior em saúde em um Estado brasileiro evidenciou a continuidade de uma mesma linha política na gestão municipal por sucessivos mandatos como altamente favorecedora para a priorização da integração ensino serviço (BARRETO *et al.*, 2018).

Parte do esforço de gestão que influencia sobremaneira como os processos de integração acontecerão, estão ligados à capacidade em alinhar as diretrizes centrais às realidades locais, aproveitando as políticas indutoras para a consolidação (institucionalização) da IES. Sem esquecer que, conforme apontado por vários pesquisados, essa situação pode induzir a produção de resultados cartoriais, sem efetividade, o que dificultaria o desenvolvimento da IES.

Um desafio tremendo da gestão é prover mecanismos capazes de envolver os sujeitos das instituições de ensino e serviço com os objetivos da IES. De modo recorrente, gestores identificam que os processos de integração não conseguem romper os limites impostos por estes sujeitos quando não aderentes aos objetivos do processo. Apesar de pactuações firmadas nos níveis superiores, profissionais que coordenam unidades indispostos com alunos e docentes relutantes em ir a campo bastam para impedir que a integração ocorra.

Nessa linha, estratégias que identifiquem profissionais com perfil para a preceptoria, associadas a programas que induzam a profissionalização das atividades educacionais, são aspectos de gestão que, se contemplados, favorecem a IES.

Para alcançar o perfil desejado, a formação profissional requer mudanças no campo teórico, prático e pedagógico, ou seja, mudanças na organização da própria instituição formadora, dos cenários de aprendizagem na rede de serviços, no processo de ensino-aprendizagem, na qualificação de docentes e trabalhadores e no entendimento dos novos papéis da preceptoria (FORTE *et al.*, 2015).

A gestão fragmentada dentro da escola, tanto nas públicas quanto nas privadas, torna o processo de IES dificultado. Nas públicas, a fragmentação ocorre pela estrutura administrativa da escola (muitas delas departamentalizadas), enquanto nas privadas normalmente é o financeiro (responsável pela pactuação) que está fora da coordenação do curso. Em ambas, a questão jurídica tem forte

peso e quase sempre apresenta dificuldades em compreender toda a complexidade envolvida.

Gerir essa política a partir de parâmetros técnicos, avaliados e dirigidos às necessidades do sistema, com o uso de indicadores, facilita a IES. No entanto, a prática demonstra uma gestão pouco profissionalizada, limitada a atuar na integração a partir da conciliação de interesses unilaterais e sem ter na avaliação os subsídios decisórios.

Em todas as escolas participantes da pesquisa inexistem estruturas próprias destinadas à gestão da integração. Na maioria das vezes são feitas pelas próprias coordenações, sem o suporte necessário, ou por departamentos individualmente, promovendo uma fragmentação do processo.

Já nos serviços, também inexistem estruturas próprias para essa gestão, sendo a função assumida por setores nem sempre sensíveis ao papel da IES na formação médica e no desenvolvimento do SUS ou capazes de lidar com a complexidade dos elementos presentes.

Em alguns poucos serviços existem estruturas especialmente dedicadas a gestão da integração, o que demonstra facilitar a implantação dos processos de IES. No entanto, no universo das relações estudadas, a gestão não ocorre de forma compartilhada, mas como resultado da negociação de interesses.

A gestão interna descentralizada dos entes, permite a agilidade requerida pela dinamicidade dos processos de integração, facilitando sua implementação e evitando a ocorrência de situações não previstas nos instrumentos contratuais. Estruturas internas fragmentadas e desvinculadas da gestão acadêmica reforçam o equívoco presente na gestão da IES, que precisa reforçar elementos de gestão em rede para melhor desempenho.

A pouca profissionalização docente em planejar atividades educacionais fora do contexto da escola e, por isso sujeita a imprevistos, resulta em atividades pouco produtivas, fragmentadas e desmotivadoras para alunos e profissionais do serviço, comprometendo a adesão às práticas e dificultando a integração.

Entre outros fatores que dificultam a inserção do ensino no serviço está a resistência de alguns docentes com o novo modelo, a insuficiente capacitação para o ensino na área e cenários práticos que nem sempre favorecem o processo educacional (SILVA *et al.*, 2017).

Se gestores escolares são unânimes em reconhecer a necessidade de os serviços planejarem suas rotinas em função do ensino, o mesmo parece não ocorrer quando se trata da escola adequar sua atividade educacional em função das necessidades do serviço.

O fortalecimento das políticas de integração ensino serviço comunidade perpassa pelo investimento em formação docente, sensibilizando os profissionais do ensino para a necessidade de uma efetiva integração com o sistema de saúde e para o reconhecimento de seu papel social como agente de mudanças (SILVA *et al.*, 2018).

Para a maioria dos gestores, os instrumentos de pactuação vigentes atendem às necessidades da IES. Paradoxalmente, esses mesmos gestores apontam a existência de situações pactuadas que não ocorrem e vice-versa, falta de clareza quanto aos papéis, metas e objetivos das partes e reclamam que o tipo de instrumento utilizado é moroso e não acompanha a velocidade com que se desenvolvem as ações de integração, sendo um elemento dificultador da integração.

Um dos elementos com forte influência nas relações de integração diz respeito aos efeitos produzidos pelo conjunto de normas que regem o processo. A presença em maior ou menor grau de antinomias neste arcabouço normativo é associado a maior ou menor dificuldade em estabelecer os processos de IES.

O tipo de relação que se estabelece na integração, entre entes públicos e privados, nas quais há o compartilhamento de recursos das mais variadas naturezas, traz para a cena, de modo muito forte, a presença dos órgãos de controle. A necessidade de pactuações por meio de instrumentos contratuais remete ao campo jurídico um considerável protagonismo. Desta maneira, o grau de ausências ou dubiedades existentes nas previsões das normas regulatórias influenciam consideravelmente a implementação das relações de integração.

Outro aspecto que é destacado pelos gestores, principalmente dos serviços, diz respeito à capacidade de alinhamento local ao conjunto das normas centrais. Essa dificuldade pode ser explicada, em parte, pela tradição federativa brasileira que insiste em lançar diretrizes nacionais com excessivo detalhamento, sem considerar um país de realidades diversas como o Brasil. Como resultado, muitas ações de integração deixam de ser executadas ou o são apenas com o fim de atender a um requisito.

A normatização adequada é considerada um dos elementos mais importantes para viabilizar os processos de integração também no nível local. Normativas locais inadequadas, como as que estabelecem que o perfil profissiográfico do trabalhador da rede não contempla atividades de ensino, bem como aquelas que interpreta indevidamente o conjunto regulatório, contribuem para descaracterizar a essência do processo que preconiza a formação em ambiente real.

Finalmente, como elemento diretamente relacionado com a viabilidade dos processos de integração estão as características dos serviços nos quais essas relações acontecerão. A integração costuma se dar em serviços que não foram concebidos para o ensino. Essa nova vocação vem sendo percebida, aceita e implantada com maior ênfase nos últimos anos. Mas a falta de vocação para o ensino ainda é identificada como uma barreira a ser transposta.

As características estruturais das unidades do serviço sujeitas à integração, na maioria das vezes, constituem-se como elementos dificultadores dessa relação. Entre o conjunto dessas características estão: as físicas, representadas por projetos arquitetônicos que não previram a integração; os recursos humanos, que nem sempre estão dispostos ou preparados para o ensino; e os processos de gestão, que carecem de planejamento conjunto e de sensibilidade para a IES.

Dificuldades relacionadas com as particularidades dos cenários em que se estabelecem as relações de integração apontam para deficiências de recursos materiais, estrutura física inadequada das unidades e baixa qualidade da atividade desempenhada pelos preceptores, indicando a necessidade de melhoria nas estruturas do SUS (MENDES *et al.*, 2020).

Entre os elementos que têm dificultado os processos de integração estão a incapacidade dos atuais cenários em atender às demandas causadas pelo crescente número de alunos.

O tipo da estratégia da atenção à saúde também é um elemento que pode facilitar ou dificultar a IES, segundo os dados levantados. Na atenção básica, locais em que a estratégia de saúde da família é adotada costumam ser um melhor campo para o desenvolvimento da integração, ao contrário das unidades em que a atenção se desenvolve por outros modelos. Os entrevistados associam estes achados às características formativas dos profissionais que atuam nas unidades cuja estratégia é a saúde da família.

Características relacionadas ao perfil assistencial do serviço são elementos que também influenciam os processos de integração. No território investigado, os serviços pertencentes às universidades deixaram de realizar atendimentos primários, passando a ocupar, dentro do sistema de saúde, a referência terciária. Os atendimentos primários que historicamente faziam e eram convenientes no processo formativo dos seus alunos da graduação, tiveram que ser levados para fora da escola, o que não tem sido bem aceito pelos docentes. Além disso, se antes o cenário pertencia à escola e só a ela servia, nesse novo modelo o mesmo cenário pode ser compartilhado com outras instituições de ensino, inclusive num regime de demanda superior a capacidade instalada.

A dificuldade do serviço em alinhar-se às diretrizes vigentes, suas características geográficas, recursos disponíveis insuficientes, a falta de profissionalização para o ensino e a pouca procura por cenários não assistenciais, refletem singularidades da rede que influenciam a IES.

Por fim, a qualidade assistencial dos serviços foi apontada como um facilitador da integração, havendo maior procura das escolas por locais mais bem avaliados nesse quesito, bem como unidades que conseguem adequar mais facilmente sua estrutura às necessidades do ensino.

6.3.4 Modos e processos de avaliação da integração ensino serviço

A quase totalidade da literatura revisada trata dos modos e processos de avaliação das relações de integração ensino serviço apoiada nas percepções de atores envolvidos nos campos pesquisados ou com base em relatórios e indicadores produzidos a partir dos editais aos quais a investigação diz respeito. Apesar da importância da qual reveste-se, a avaliação não tem ocupado espaço central no foco da maioria dos trabalhos.

O processo avaliativo das relações de IES no campo estudado está muito centrado nas condições estruturais dos cenários, é focado nas percepções dos sujeitos envolvidos e não utiliza indicadores de processo e de resultado. Não dispõe de um staff dedicado à tarefa e nem ocupa uma posição de prioridade na agenda dos gestores. Não ocorre de modo sistemático e periódico e é pobre em devolutivas, denotando um baixo grau de institucionalização da avaliação.

Era de se esperar que a avaliação da integração fosse executada por meio de um procedimento do qual participassem agentes pertencentes ao conjunto dos componentes que se integram, visto que o processo avaliado é único e resulta dessa integração. Não é o que se evidencia. A avaliação da IES, ademais de pobre e pouco institucionalizada, é comumente tratada separadamente pelo ente de ensino e de serviço. E está limitada, por vezes, a metodologias delimitadas por programas específicos, ainda que insuficientes.

Em estudo que buscou identificar os resultados alcançados e apontar os limites e as contribuições de uma edição do PET-Saúde/GraduaSUS houve clara sinalização para que futuros editais prevejam investimento em ações de monitoramento e avaliação (MAGNAGO *et al.*, 2019).

Um destaque presente nas falas dos gestores de ensino das escolas privadas é o peso que se dá à percepção dos alunos na avaliação das relações de integração, notadamente suas impressões sobre os campos de práticas. Provavelmente relacionado ao fato de que o aluno da escola privada não deixa de constituir-se também em cliente da escola, merecendo atenção sua manifestação sobre o produto adquirido.

Há um entendimento de que a avaliação conduzida por uma unidade específica para esse fim, com o devido suporte, produziria melhores resultados e se constitui numa demanda necessária, embora ainda não prioritária. Nos serviços que dispõem de estruturas destinadas especificamente aos processos de integração, como centros e escolas de saúde pública, ainda que longe de um ideal, isso se evidencia em maior grau.

Muitas vezes as análises que se fazem dessas relações partem da tomada da IES como objeto de estudo, em programas de pós-graduação *stricto sensu* ligados a instituição de ensino. Ainda que isso apenas demonstre o quão pouco institucionalizada está a avaliação, certamente trará resultados importantes para a construção dessas relações.

As avaliações da integração entre ensino e serviço, conforme evidenciado, carecem do uso de indicadores específicos de processo e resultados. Em virtude disso, acabam fortemente centradas nas percepções dos sujeitos envolvidos e tornam-se frágeis elementos a subsidiar o processo decisório.

Os indicadores que utilizam se limitam àqueles estabelecidos pelos órgãos externos de controle e não permitem avaliar os processos e os resultados

específicos da IES. Por isto, sobre as condições estruturais, as avaliações são superficiais e limitadas apenas à capacidade em receber alunos. Não consideram outros elementos importantes como o corpo de preceptores, a qualificação assistencial da unidade, seus indicadores e, principalmente, os resultados produzidos por esta integração.

Em pesquisa que objetivou elaborar um modelo para avaliação da efetividade da integração ensino serviço na Atenção Básica, foram identificados, nos discursos dos participantes, alguns indicadores que também estão presentes na literatura especializada. Entre eles podemos relacionar a satisfação do usuário, a motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe, a ampliação do conceito de saúde e do conhecimento do SUS na rotina dos acadêmicos, o aumento do acesso (número de atendimentos à comunidade), a atualização e reformulação dos currículos universitários, a resolubilidade da Atenção Básica, o fortalecimento do controle social, o aumento e manutenção da frequência aos grupos educativos e o aperfeiçoamento profissional/formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais) (ALBIERO; FREITAS, 2017).

Nas falas dos sujeitos pesquisados neste trabalho alguns destes indicadores também foram evidenciados, sem detalhar, no entanto, de que maneira poderiam ser demonstrados em termos de alcance.

Os indicadores, quando utilizados pelos sujeitos pesquisados, na maioria das vezes são os de produção assistencial e servem apenas para comparar unidades integradas ao ensino com as não integradas, constatando desempenho superior nas que fazem parte da integração. Alguns poucos serviços e escolas reúnem alguns indicadores quantitativos descritivos do uso dos cenários pelos alunos, que somente evidenciam a intensidade de uso da rede.

Estudo que mapeou forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da integração ensino serviço comunidade em um programa de residência em medicina de família e comunidade apontou, no eixo de fraquezas, a não utilização de indicadores para planejar ações do programa e, no eixo de ameaças, a inexistência de momentos para análise do programa de forma conjunta, indo ao encontro dos resultados do nosso trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

É unânime o entendimento de que seja urgente e necessário, para gerir adequadamente a política de IES, construir e monitorar indicadores próprios para a integração.

Outra característica a demonstrar a pobreza da avaliação existente nos territórios estudados é que, sobretudo no campo dos serviços, as avaliações das relações de integrações ficam absolutamente restritas aos aspectos da gestão de recursos humanos, como controles de frequência e produção de relatórios de atividades desenvolvidas.

Reforça a baixa institucionalização dos processos avaliativos a recorrente fala de que as renovações de contratos são os momentos principais em que eles ocorrem. Isso revela a redução da avaliação a uma ferramenta norteadora de negociação contratual entre instituições e retira dela uma de suas funções essenciais, como constituir-se em um pilar norteador do gerenciamento da integração e correção de seus rumos.

Algumas vezes, nos processos estudados, a avaliação acaba contida em procedimentos de regulação e de acreditação externos, ou como parte de meios institucionais, que utilizam critérios pouco específicos e úteis para o aprimoramento da integração local. Isso não colabora com uma prática de devolutivas sistemáticas e acaba por subsidiar menos do que poderia as decisões de gestão.

Muitos entrevistados, quando questionados sobre a suficiência dos atuais cenários em função das suas necessidades, expressam dificuldade em emitir uma posição clara sobre o assunto, pois não dispõem de elementos capazes de subsidiar a resposta. As avaliações que realizam são “impressões qualitativas”.

Igualmente distribuídas no grupo de gestores do ensino e do serviço está a constatação de que a estrutura física das unidades nas quais se dá a integração não são adequadas e unidades que possuem estruturas amplas, com capacidade de adequar-se ao ensino são a exceção.

São descritas na literatura nacional limitações em relação à estrutura física nos serviços da rede primária de atenção à saúde no que concerne aos requisitos mínimos necessários para um adequado ambiente de ensino-aprendizagem (SILVA *et al.*, 2020).

Em termos de resultados, as percepções dos gestores do ensino são de que as experiências de IES vivenciadas atendem parcialmente às necessidades formativas, principalmente na área de atenção à saúde, deixando a desejar nas outras áreas estabelecidas pela diretriz, quais sejam, educação e gestão da saúde.

Em relação aos gestores do serviço, a opinião é de que a integração não tem contemplado integralmente a formação de egressos com o perfil profissional

desejado. Essas afirmações estão baseadas exclusivamente na percepção do conjunto dos entrevistados dada a ausência de indicadores de resultados. E merecem ser remetidas às observações anteriores desse mesmo grupo quanto às potencialidades oferecidas pela IES.

Objetivando compreender as contribuições do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para a mudança no modelo de atenção e de formação de profissionais de saúde, estudo de caso com representantes do ensino, atenção, gestão e controle social, participantes das instâncias gestoras do Pró-Saúde em um município do sul do Brasil, trouxe entre seus resultados que, embora os membros das instâncias de gestão da proposta não possuam instrumentos para mensurar o seu impacto, o Pró-Saúde contribui para a transformação social, uma vez que aproxima o mundo do ensino e o do trabalho, estimulando a mudança (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Entre um dos aspectos mais avaliados pelos gestores da IES estão as condições quantitativas dos serviços de saúde disponíveis para a integração. Por condições quantitativas entende-se a capacidade dos serviços em acomodar adequadamente as necessidades das escolas em termos de oferecer cenários de prática compatíveis com as demandas existentes.

Para a maioria dos gestores das escolas, as atuais demandas da integração estão atendidas pelos serviços e, com a previsão do crescimento no número de escolas e vagas nos cursos de medicina, haverá a necessidade da expansão dos serviços. Já para os gestores dos serviços, as atuais condições dos cenários de prática têm se mostrado críticas e insuficientes, havendo situações não incomuns em que já não se consegue atender integralmente os pedidos por cenários advindos das escolas. Essas avaliações, no entanto, são genéricas e baseadas nos entendimentos pessoais dos entrevistados.

Ainda sobre isso, essas análises distinguem um aspecto quantitativo que julgam insuficiente, de outro qualitativo, que consideram suficiente. O campo satisfaz as necessidades qualitativas, mas há necessidade de ampliar a oferta quantitativa de serviços, sobressaindo a análise da capacidade de alocar alunos no cenário. São considerados, em grau menor, aspectos como qualidade da preceptoria, do serviço e a estratégia da atenção, entre outros.

Mas é consenso que o crescimento do número de alunos nas escolas de todos os territórios analisados foi vultoso nos últimos anos e tornou as condições da

integração, em termos de cenários locais, insuficientes, obrigando essas escolas a buscar serviços fora da sede, em municípios circunvizinhos. Esse fenômeno ocorreu quase que exclusivamente com as escolas privadas que, em função da maior necessidade em atender seus interesses e melhor capacidade em responder às demandas dos serviços, apresentam maior inserção na rede do que as públicas.

Não foi possível identificar, em nenhum dos campos analisados, a presença de um mapeamento que pudesse indicar toda a disponibilidade de infraestrutura dos serviços, por tipo e nível de assistência, capacidade instalada e demanda atendida e que pudesse ser cotejada com o quantitativo de demandas por integração das escolas da região.

Isto reforça o que já foi dito anteriormente, de que não se sabe ao certo se essa insuficiência apontada persistiria no caso de uma política de integração ensino serviço abrangente, em que todos os aspectos, e não os meramente assistenciais, estivessem contemplados. Lembrando que muitos cenários assistenciais ainda permanecem fora das políticas de integração por desinteresse das escolas.

Um dos aspectos ressaltados no grupo de gestores do ensino foi a insuficiência de preceptores na rede e de estratégias que permitam identificar profissionais com perfil adequado para a atividade educacional que, associadas a políticas de indução para isto, poderiam suprir um dos maiores desafios em termos de prover condições estruturais para que serviços possam ofertar cenários adequados.

Há um contraste nisso com outra afirmação desses mesmos gestores de que, qualitativamente, os campos de prática para ensino são satisfatórios. Possivelmente porque está-se avaliando a qualidade e natureza da assistência, apenas.

Em somente um dos territórios investigados houve uma manifestação destoante, quando o gestor de ensino da escola pública se manifesta na direção de que há preceptores em quantidade suficiente na rede e que foram realizados muitos cursos de formação pedagógica por meio das políticas de indução do nível central, mas que a pouca disponibilidade se deve a falta de uma política de valorização e compensação pecuniária para a preceptoria.

Em muitos territórios analisados há oferta de cenários, mas a organização das atividades ainda se dá no improviso, denotando que as condições estruturais em termos de organização das rotinas do serviço para a integração com o ensino ainda deixam a desejar.

Muitas vezes as dificuldades com os cenários estão mais relacionadas às dificuldades de ajuste das relações locais entre os agentes do processo do que às condições físico-estruturais e de serviços. Essa falta de ajuste local produz uma assistência marcada por pouca produtividade e pelo baixo envolvimento da comunidade.

No território explorado ficou patente que não existem estruturas específicas destinadas a avaliação dos processos de IES. As avaliações estão diluídas nas estruturas pertencentes aos serviços e às escolas, que normalmente acumulam outras tarefas e dedicam menos tempo do que o necessário a construir um sistema de avaliação efetivo e eficaz.

Embora a avaliação trate de um processo comum a dois ou mais entes, também não restou evidenciado no campo pesquisado que este processo se de a partir de uma estrutura única, composta pelos entes que participam da integração. Não se dispõe de staff dedicado e nem uma posição reconhecida nas estruturas de gestão que deem suporte para a avaliação.

Revisão integrativa que objetivou identificar as características e descrever como a integração ensino serviço se expressa nos estudos produzidos no âmbito do Pró-Saúde, publicados no Brasil no período de 2007-2012, apontou que tais estudos carecem de evidências maiores a fim de mostrar a expressão da integração entre ensino e serviço, mediante os avanços, enfrentamentos e desafios que advém desse processo (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

O conjunto entrevistado reconhece o valor da avaliação em qualquer sistema e entende que dispor de unidade própria, estruturada e organizada especificamente para esse fim é condição importante para produzir melhores resultados. Conforme asseveram, quando isso de algum modo ocorre de fato.

6.3.5 Características gerenciais/operacionais da integração ensino serviço

A análise dos dados levantados no campo demonstra que os processos de IES estabelecidos nos territórios investigados são gerenciados essencialmente a partir das relações bilaterais estabelecidas entre os entes que participam da integração.

A despeito dos territórios comportarem múltiplos agentes, de naturezas variadas, que interagem pelos mesmos recursos e que muitas vezes competem entre si, as motivações pelo estabelecimento das relações constitutivas da integração ainda partem dos interesses unilaterais que buscam ser alinhados em negociações bilaterais.

Mesmo com a forte percepção por parte de ambos os grupos gestores, de que a gestão estabelecida nesses patamares não alcança os limites imprescindíveis a um sistema que induz a formação de uma rede gestora de política, a gestão não consegue avançar. Redes se caracterizam pelas relações independentes, cooperativas, horizontais e policêntricas de seus entes (JUNQUEIRA; DAPUZZO, 2010).

Se definimos uma rede como três ou mais organizações legalmente autônomas que trabalham juntas para alcançar não apenas seus próprios objetivos, mas também um objetivo coletivo, que pode ser auto iniciada ou obrigatória (como costuma ser o caso no setor público) (PROVAN; KENIS, 2007), percebemos que o cenário desenhado no território investigado em muito se assemelha a este conceito.

Temos mais de três organizações trabalhando juntas por um objetivo comum: formar recursos humanos alinhados às necessidades de saúde da população, para além de seus objetivos específicos. E que são impulsionadas por uma política pública na direção de integrar-se para este fim.

Definidas dessa forma, como coletividades multilaterais, as redes podem se tornar entidades extremamente complexas que requerem explicações que vão muito além das abordagens diádicas tradicionalmente discutidas na teoria da organização e na literatura de gestão estratégica (PROVAN; KENIS, 2007).

Os resultados obtidos demonstram que os atores estudados persistem em desconsiderar o uso de processos de gestão mais adequados às redes, como os que garantem o envolvimento de todos desde o início do processo, o planejamento conjunto, a máxima explicitação de objetivos, metas e papéis, a comunicação efetiva e a formação de comitês gestores para dividir decisões e pactuar horizontalmente as estratégias para o desenvolvimento da integração.

Gerir sistemas sob essas premissas é complexo e requer unidades operacionais especializadas e estruturadas, o que não é a regra nos sistemas investigados. A profissionalização dos gestores surge também como necessidade

para a gestão eficaz. Institucionalizar processos que consigam lidar com essa realidade é desafiador, conforme indicam os dados levantados.

Em relato de caso que analisa a gestão participativa e a IES ficou demonstrado a necessidade de ensejar o diálogo interno nos diferentes níveis da gestão de cada instituição e organizações participantes do processo, bem como abrir espaços de participação social e comunitária nas atividades propostas (BARRETO *et al.*, 2012).

Os resultados do processo de gestão em tela estão calcados em negociações que partem do alinhamento de interesses unilaterais dos partícipes e se materializam em instrumentos de pactuação contratuais sempre bilaterais. Em nenhum caso foi identificado a presença de algum instrumento coletivo, à exceção do COAPES que será detalhado adiante.

É notório o fato de que, apesar de importantes políticas de incentivo à integração ensino serviço comunidade terem sido instituídas, a pactuação dos compromissos entre as instituições de ensino e serviço ainda não se dá de forma organizada e transparente. Para superar isto, o planejamento local da integração deve ser compartilhado e compreendido por gestores de ambos os sistemas, bem como pela população assistida (SILVA *et al.*, 2018).

Os instrumentos de pactuação pouco apoiam os processos de gestão, segundo a maioria das opiniões dos gestores. Inclusive o COAPES, em grau menor do que os instrumentos convencionais. Certamente porque instrumentos contratuais não gestionam sistemas mas, tão somente, exprimem, materializam os processos vigentes na prática, tanto quanto mais adequados a eles forem.

O COAPES, segundo os gestores, não tem sido uma proposta de fácil execução. É um instrumento concebido para gestão de uma rede. Pressupõe a incorporação de todos os atores num único instrumento e com isso traz requisitos à sua pactuação e implementação. Requisitos que não incorporam o cotidiano da gestão da IES investigada. E, por isso, em todos os territórios estudados os contratos organizativos não se viabilizaram.

Nos processos de gestão em rede de políticas, mesmo quando não reconhecidas como tal, é comum o surgimento de dicotomias que se expressam por relações pessoais sobrepondo as institucionais, interesses conflitantes entre entes que buscam objetivos comuns e desafios impostos pelas singularidades dos entes. Estas dicotomias propiciam distorções e dificuldades da gestão.

Entre as várias dicotomias apontadas, estão a natureza pública ou privada das escolas, a excessiva dependência das convicções pessoais no desenvolvimento dos processos e a presença de conflitos de interesse entre os entes que cooperam.

É consenso entre a população investigada que os processos de gestão envolvidos com a IES se revestem de bastante complexidade. Na maioria dos territórios investigados não existem estruturas próprias para a gestão da integração. Para além disso, a gestão de um processo comum a dois ou mais entes deveria ser executado por uma estrutura constituída especificamente para esse fim e com a participação dos envolvidos.

A análise de uma experiência de integração ensino serviço em Santos-SP, em que foi pactuada a implantação de uma comissão institucional de acompanhamento da parceria, com representação de todos os segmentos participantes, contribuiu para a continuidade das ações e para ampliar a articulação entre as diferentes atividades de ensino, pesquisa, extensão, cuidado integral e educação permanente (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

No grupo das escolas, a gestão dos processos de integração caracteriza-se pela fragmentação. Não há estruturas próprias e, a depender da natureza da escola, as pactuações, os ajustes financeiros e o acompanhamento das relações podem ser feitos por setores que pouco interagem. No grupo dos gestores, à exceção daqueles que dispõem de estruturas especiais para as relações com o ensino, e que são minoria, os processos também são fragmentados e semelhante ao que ocorre nas escolas, com processos de gestão diluídos na estrutura geral das secretarias e abrangidos por setores com outras atribuições. Não existe um *staff* dedicado para gerir a IES.

No entanto, há o entendimento por parte do grupo pesquisado da necessidade de estruturas especificamente destinadas à gestão, com suficiência de recursos humanos e financeiros.

Os processos de integração envolvem gestores públicos, pertencentes a diferentes entes federados, bem como gestores de instituições privadas lucrativas e filantrópicas, que se relacionam com o compartilhamento de recursos num terreno que agrega dois complexos campos sócio-técnicos, o da saúde e o da educação.

É de se esperar que, dadas as condições históricas da gestão pública brasileira, o emaranhado de leis e normas regulatórias presentes agregue considerável complexidade a este campo já bastante desafiador.

Quanto maior o conjunto normativo, sobretudo quando emanado de diferentes órgãos do poder público e de diferentes níveis de governo, maior os riscos de que antinomias, ou lacunas de conflito, estejam presentes, representadas por duas ou mais normas vigentes e conflitantes ou pela ausência de previsão legal.

A capacidade dos gestores locais, responsáveis pela operacionalização em seus territórios das políticas de integração, em lidar com essas antinomias mostrou-se um fator decisivo na gestão da IES.

Pelas suas características, é natural e esperado que os sujeitos envolvidos nos processos de IES estejam sujeitos ao poder e fiscalização dos mais variados órgãos de controle, como conselhos de saúde, ministério público e tribunais de conta. Legislações federais, estaduais e municipais, portarias, manuais e notas técnicas são interpretados de muitos e distintos modos, constituindo-se em complicador para a gestão.

A pesquisa evidenciou, como um dos elementos que mais impacta na gestão da integração, as dificuldades de entendimento, por parte de departamentos jurídicos e órgãos de controle, das características e necessidades da IES. Nem sempre familiarizados com as especificidades dessa realidade e agravados por antinomias presentes, esses órgãos tornam muitos dos processos praticamente inviáveis.

Relatos de legislações locais que impedem os profissionais do serviço de receber alunos no horário de trabalho ou definem perfis profissiográficos que não contemplam atividades de ensino, de órgãos de controle que interpelam o uso de serviços públicos ou o pagamento de bolsas a servidores públicos por escolas privadas, e de conflitos no preenchimento de vagas em conselhos de controle social, são exemplos de como as antinomias influenciam a IES e de como a capacidade em lidar com isso repercute na gestão.

A instrumentalização das pactuações também é fortemente afetada por estes aspectos e decisiva na sustentação dos processos de integração. A presença de um arcabouço normativo que otimize e aproxime as funções dos profissionais dos dois campos, com normas que contemplem as relações entre escolas privadas e o sistema público pode aprimorar a capacidade desses instrumentos em suportar melhor a complexidade das relações.

Ao analisar aspectos da integração ensino serviço na formação de médicos e enfermeiros, Marin (2013, p. 505) identifica dificuldades que dizem respeito às

contradições existentes no processo de gestão da integração ensino serviço e à falta de clareza no contrato de parceria entre os entes, havendo a necessidade de institucionalizar estes contratos.

Os contratos efetivamente vigentes, sempre bilaterais, trazem uma contradição nas falas dos sujeitos da pesquisa: para a maioria dos gestores de escolas privadas, os instrumentos que disciplinam suas relações com os serviços atendem às suas necessidades. Já para os gestores de escolas públicas, a maioria dos instrumentos que regem suas relações não atendem às necessidades da relação. E para os gestores de serviços, além das limitações dos instrumentos, predomina a percepção de que os contratos apenas refletem uma relação de desequilíbrio nas contrapartidas.

A contradição quanto a efetividade dos instrumentos das escolas públicas e privadas relaciona-se ao tipo de contrapartida envolvida na relação, bem como às motivações e concepções presentes nas relações. Enquanto as privadas buscam cenários de práticas e utilizam contrapartidas que atendem as demandas críticas dos gestores do SUS (financeiras e de serviços), as públicas não dispõem de contrapartidas que atendam às demandas emergenciais do serviço e as relações precisam se estabelecer em bases cooperativas.

Apesar da fala dos gestores (inclusive das escolas privadas) sobre a adequação dos instrumentos de pactuação, surgem nas entrevistas revelações que dão conta da ausência de previsibilidade de todas as ações pactuadas, a previsão de processos inexecutáveis, a falta de definições claras para os objetivos, metas e atribuições dos envolvidos e as vulnerabilidades dos instrumentos perante os órgãos de controle. Demonstrando que, como regra geral, os convênios tradicionais, de mais fácil confecção, são menos efetivos.

Este achado corrobora com outro estudo já mencionado em que a realização de atividades não previstas inicialmente no projeto foi relatada por mais de 90% dos coordenadores e mais de 80% deles afirmaram que as atividades foram, de fato, realizadas (MAGNAGO *et al.*, 2019).

Já a única experiência efetiva com contratos organizativos, capazes de suportar os complexos processos em rede, foi por meio do COAPES. E demonstrou dificuldades em conseguir o alinhamento local às diretrizes nacionais, rígidas e nem sempre viáveis nas realidades locais. A falta de suporte institucional e a inexistência

da capacidade de gestão em rede contribuíram para a não operacionalização dos mesmos.

Mesmo com o reconhecimento quase unânime das dificuldades em operacionalizar os contratos organizativos, os COAPES foram enxergados como instrumentos que trazem importantes elementos de pactuação, como uma maior previsibilidade de todos os processos envolvidos. Os “detalhes”, como resumidamente apontou um dos gestores.

Sobre os instrumentos, ainda, pesa evidenciado que a grande dependência dos departamentos jurídicos e procuradorias produz atrasos nos processos e limitações práticas, resultado das antinomias anteriormente comentadas. Além de contribuir para a fragmentação da gestão.

Para Teixeira (2002, p. 2) a gestão de redes está longe de ser algo simples, o que tem implicado, muitas vezes, no fracasso de programas e projetos sociais, apesar das boas intenções dos atores envolvidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa conduzida junto aos gestores dos sistemas de saúde e educação das escolas médicas do Paraná analisou os processos de gestão da IES como um fenômeno que emerge da práxis cotidiana de escolas e serviços, não restrita a um conjunto de técnicas gerenciais ou de relações internas dessas organizações.

Neste sentido, as concepções dos gestores, entendidas como compreensão do objeto que resulta na elaboração de conceitos a partir dos quais suas ações se dirigem, reproduzem as potencialidades oferecidas pelos processos de IES para ambos os sistemas. E encontram concordância com os achados na literatura especializada.

O aprimoramento da formação quando efetivamente integrada à rede de saúde, o desenvolvimento de competências para além daquelas possíveis nos tradicionais aparatos formadores, a força em induzir mudanças curriculares capazes de satisfazer as reais necessidades de saúde a partir de uma formação orientada pela realidade e o desenvolvimento efetivo da responsabilidade social das escolas são visões presentes e comuns ao universo dos gestores e demonstram a IES como única estratégia capaz de suprir ao um mesmo tempo todas essas potencialidades.

Ainda dentro das concepções apreendidas do grupo, dois aspectos ganham maior relevância. O primeiro diz respeito ao papel incontestante da integração no desenvolvimento e manutenção do SUS, representando o produto mais fortemente destacado entre todos os grupos pesquisados. E, em segundo lugar, a concepção de que as relações de integração ensino serviço e comunidade, na forma como estão pretendidas, constituem-se em uma política a ser gerida e implementada por uma rede da qual fazem parte todos os níveis de gestão do SUS, seus prestadores e as escolas médicas.

A despeito das concepções coerentes e alinhadas entre os sujeitos implicados nos processos de integração, seja no território estudado, seja na literatura revisada, as práticas evidenciadas ainda remetem com muita força para o momento anterior à Lei do Mais Médicos, evidenciando padrões baseados em programas específicos e pontuais de integração, estimulados por políticas indutoras do nível central, ou exclusivamente restritos a busca das escolas por espaços de prática formativos, mediante oferta de contrapartidas.

Não obstante expressos os atributos típicos de uma rede gestora de política, inclusive conforme o reconhecimento explícito por parte dos atores deste processo,

a ausência de práticas de gestão condizentes produz muitas das distorções experimentadas nas relações investigadas.

Os processos fragmentados da gestão intra e interorganizacional, incompatíveis com um sistema em rede, resultam em práticas de integração:

1. marcadas pelo alinhamento de interesses individuais, em detrimento da construção de uma política de formação e prática do cuidado;
2. condicionadas pela oferta de contrapartidas, limitando a participação uniforme das instituições e gerando assimetrias;
3. predominantemente voltada a assistência biomédica e em desacordo à totalidade das necessidades formativas;
4. repletas de dicotomias, expressas nos conflitos de interesse entre entes que cooperam pelos mesmos objetivos; e
5. fracamente institucionalizadas, ou seja, dependentes de relações pessoais, sem financiamento regular e inconstantes.

Da análise da gestão destas relações estudadas, emanam elementos identificados como fatores determinantes da integração ensino serviço que, conforme seu direcionamento, atuam como facilitadores ou dificultadores dos processos de integração.

Nesta perspectiva, a capacidade local de alinhar-se às diretrizes centrais, a identificação de complementariedade entre os atores, a profissionalização das atividades de ensino, as singularidades dos serviços nos quais se concretizam as relações, a adequação dos processos gerenciais à complexidade do sistema, a capacidade do grupo em lidar com as antinomias existentes e o grau de institucionalização destas relações representaram a totalidade de elementos interferentes na IES.

Aqueles que se estabelecem de modo a contemplar as características intrínsecas de uma rede gestora de política – relações horizontais, policêntricas e interdependentes, contribuem com o desenvolvimento da IES, da mesma forma o oposto.

Ao analisar os aspectos relacionados aos modos e processos de avaliação e às características gerenciais/operacionais da IES nos territórios pesquisados, evidenciamos que ambos se dão numa perspectiva individual de cada organização

pesquisada, não tendo sido encontrado em nenhum momento uma experiência avaliativa ou de gestão efetivamente compartilhada por dois ou mais entes.

A avaliação, coincidente com a literatura, apoia-se principalmente na percepção dos sujeitos envolvidos, ocorre na perspectiva da satisfação de interesses unilaterais e quase nunca sob o ângulo dos processos e resultados dessa integração, enquanto estratégia cooperativa de entes que buscam os mesmos objetivos.

Dado que é uniforme o entendimento sobre a capital importância do tema avaliação, o resultado expressa a consequência de uma governança descaracterizada das demandas de uma rede gestora, em que inexistem arranjos especificamente destinados à sustentação da avaliação e que resultam em considerações muito centradas nas condições estruturais dos cenários, no baixo uso de indicadores e nas poucas devolutivas aos partícipes. De fato, parece não ocupar a agenda de prioridades dos gestores, expressa pela sua pouca institucionalização.

Em se tratando dos aspectos operacionais encontrados nas relações investigadas, os achados caminham na mesma direção. Todo processo de governança está construído a partir da pactuação expressa em acordos bilaterais, ainda que a integração ocorra num espaço geográfico comum a outros partícipes que compartilham dos mesmos objetos de pactuação e o façam com entes em comum.

Os resultados indicam uma insatisfação geral com os processos de gestão vigentes e seus desfechos, inclusive quando se procurou instrumentalizá-los por meio de documentos mais adequados para a gestão em rede. Assim foi com a implantação dos COAPES, demonstrando que os instrumentos tão somente refletem aquilo que se pratica.

Portanto, uma vez que os requerimentos das novas regulamentações para as escolas médicas exigem uma formação que transcenda o aparato escolar e repouse sobre todo sistema de saúde, associado ao intenso processo de expansão de vagas em cursos de medicina, parece não restar dúvidas de que a governança/gestão da integração do ensino com os serviços também deverá assentar-se sob novas bases.

Os resultados obtidos com este trabalho são conclusivos em apontar que as relações de IES nas escolas estudadas no Paraná são compreendidas como redes gestoras por seus executores, embora isto não se exteriorize na prática.

Também são conclusivos em demonstrar como o não funcionamento em rede dos processos de integração produz práticas inadequadas de integração, inviabiliza o aprimoramento dos sistemas avaliativos, compromete a formação consentânea e sobrecarrega em demasia o sistema de saúde.

Os novos requisitos da formação médica, para além dos aspectos regulatórios, reclamam novos e complexos arranjos de governança entre escolas e serviços, para os quais o entendimento das redes gestoras de política é indispensável.

Como fortalezas deste estudo podemos considerar o alcance da quase totalidade das escolas médicas com um ciclo formativo completo no Estado do Paraná, a presença de escolas de todas as naturezas jurídicas e grande amplitude no tempo de existência destas.

Como pontos fracos, o fato de que os dados foram levantados a partir das falas de gestores dos sistemas que, embora tivessem um tempo médio de 3,7 anos de permanência no cargo, possuem uma vinculação temporária com a função desempenhada. No entanto, vale destacar a concordância dos achados deste trabalho com diferentes estudos publicados sobre o tema em múltiplos contextos e amplos períodos de tempo.

Referências Bibliográficas

ABRÚCIO, F.L. Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. Relatório final de pesquisa para o NPP. São Paulo; 2002.

AGRANOFF, R. and LINDSAY, V. "Intergovernmental Management: Perspectives from Human Services Problem Solving at the Local Level" in *Public Administration Review*, May/June, 1983.

ALBIERO, J. F. G., DE FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação da integração ensino- serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde Debate*, 41(114): 753-767, 2017.

ALBUQUERQUE, G.S.C. As determinações do capital sobre a formação do trabalhador de saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná. Curitiba, 2009. 240 p. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; DIAS, O.V.; LUGARINHO R.M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 356-62, 2008.

ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. Uel; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M. J. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(2):202–209, 2008.

AMARAL, J. L. Avaliação e Transformação das Escolas Médicas. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

ANDRADE, S. R., BOEHS, A. E., BOEHS, C. G. E., GORRIS, P. P. Mecanismos de controle da integração ensino-serviço no Pró-Saúde Enfermagem, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3):56-62, 2015.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2004.

BARRETO, D. S., MELO NETO, J., DE FIGUEIREDO, A. M., SAMPAIO, J., GOMES, L. B., SOARES, R. S. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. *Interface (Botucatu)*, 23(1):e180032, 2019.

BARRETO, I. C. H. C., *et al.*, Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. Saúde Sociedade São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

BARRETO, I. C. H. C., RIBEIRO, K. G., MOREIRA, A. E. M. M., GOYA, N., DIAS, M. S. A., ANDRADE, L. O. M. Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. Interface: comunicação, saúde e educação, 22(Supl. 1):1365-76, 2018.

BATISTA, C. B., STRALEN, C. J. O PRÓ-SAÚDE e seus dilemas na universidade privada. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 23, n. 1:198-216, 2018.

BATISTA, N.A.; VILELA, R.Q.B.; BATISTA, S.H.S.S. Educação Médica no Brasil. São Paulo: Cortez, 2015. ISBN 978-85-249-2420-0

BENSON, K. The interorganizational network as a political economy. Administrative Science Quarterly, 20,229-48, 1975.

BÖRZEL, T. “Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea”, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 450/2011, de 10 de novembro de 2011**, 2011b.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003.

BRASIL. Lei n.º 12.781, de 22 de maio de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013.

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. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Edital no 18 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/1991. Brasília: MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/1992. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/1993. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/2002. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). 2012

BRASIL. Portaria Interministerial No 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial No 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. 2005a.

BRASIL. Portaria Interministerial No 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. 2005b.

BRASIL. Portaria No 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007.

BRASIL. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

BRASIL. Resolução No 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014a.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm UFG*, 16(1):228-37. 2014

BRIANI, MC. História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Campinas, SP. 2003. Tese (Mestrado). UNICAMP – Campinas, SP.

BUENO, R.R.L, PIERUCCINI, M, C. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil, Relatório de um Cenário Sombrio. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2 ed, 2005.

CALDEIRA, E.S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4):477-485, 2011.

CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004.57(5):611-4

CAVALCANTI, B. S. “Implementação de programas sociais de massa: a gestão estratégica no contexto interorganizacional da política pública”. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*: Curitiba, n. 93, p.73-89, jan/abr, 1998.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

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

CHAVES, M.M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 5-9, 1994.

COELHO, B. P., MIRANDA, G. M. D., COUTINHO NETO, O. B. A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma Aposta Pedagógica na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 43(1 Supl. 1):632-640, 2019.

COLLISELLI, L., TOMBINI, L. H. T., LEBA, M. E., REIBNITZ, K. S. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6):932-7, 2009.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação das escolas médicas no Brasil. Segunda Fase – Primeiro Módulo. Brasília, 1994.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 1ed. Brasília, 2006.

COSTA, J.R.B.; ROMANO, V.F.; COSTA, R.R., VITORINO, R.R.; ALVES, L.A.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3):387-400, 2012.

DECS.BVSALUDE. [Site institucional]. Disponível em:

https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=17571&filter=ths_termall&q=serviços%20de%20integração%20docente%20assistencial. Acesso em: 11 jan. 2021.

DIAS H.S; LIMA, L.D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1613-1624, 2013.

EDLER, F.; FONSECA, M.R.F. Seleção de artigos da Série “História da Educação Médica no Brasil”, primeira parte. *Cadernos da ABEM*, v.2, p. 8-14 jun./2006.

ELAZAR, D. Exploring federalism. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1987.

ELLERY, A. E. L., BOSI, M. L. M., LOIOLA, F. A., Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Sociedade*, 22 (1):187-198, 2013.

FALLEIROS I; LIMA JCF. Saúde como direito de todos e dever do estado. In: Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Carlos Fidélis e Ialê Falleiros (orgs). – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 239-276.

FARIA, L., QUARESMA, M. A., PATINO, R. A., SIQUEIRA, R., LAMEGO, G. Teaching-service-community integration in practice scenarios of interdisciplinary Health Education: an experience of the Work Education for Health Program (PET-Health) in Southern Bahia. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 22(67):1257-66, 2018.

FEUERWERKER, L.C.M, O movimento mundial de educação médica: As Conferências de Edinburg. *ABEM*. V. 2, 2006, p.30-40.

FEUERWERKER, L.C.M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 63-70, dez. 2000

FIGUEIREDO NETO, M.V; SILVA, P.F.; ROSA, L. C.S; CUNHA, C.L.F; SANTOS, R.V.S.G. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010.

FINKLER, M., CAETANO, J. C., RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.39, p.1053-67, 2011.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

FONTELLES, M. J.; GARCIA, M.; FARIAS, S. H., Scientific research methodology: guidelines for elaboration of a research protocol. Rev. para. med; 23(3), 2009.

FORTE, F. D. S., PESSOA, T. R. R. S., FREITAS, C. H. S. M., PEREIRA, C. A. L., CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). Comunicação Saúde Educação, 19 Supl 1:831-43, 2015.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. Métodos e técnicas em pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLASER, B.G., STRAUSS, A.L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

GONÇALVES MB; BENEVIDES-PEREIRA AMT Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev bras educ med.33 (3) : 493 – 504 : 2009.

GONÇALVES, M.G., SANTOS, K.T., CARVALHO, R.B., O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. 2011, ABENO 11(2)27-33.

GONZALEZ AD; DE ALMEIDA MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis-Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

HADDAD, A. E., LSAGANA, D. C., DE ASSIS, E. Q., MORITA, M. C., DE TOLEDO, O. A., RODE, S. M., FERREIRA, S. H., FERREIRA, S. L. M. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Ministério da Saúde, 162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), ISBN 85-334-1299-1, 2006.

HAM, C., 1997. *Health Care Reform: Learning from International Experiences*. Buckingham: Open University Press.

JACOBSEN, A. L., CONTO, S. F., SILVERIO, R. C., GUIMARAES, V. R., SILVA, W. C. Perfil metodológico de pesquisas elaboradas no âmbito das instituições de ensino superior brasileiras: uma análise de publicações feitas pela revista ciências da administração. XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária. 2017.

JOHN, Peter. "Policy Networks", in Contributions to the Blackweel Companion to Political Sociology, edited by K. Nasch and A. Scott, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P., DAPUZZO, F. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, n.2:545-547, 2010.

KLIJN, E. H; KOPPENJAN, J.; TERMEER, K. Managing Networks in the Public Sector: A theoretical study of management strategies in Policy Networks. Public Administration, v. 7, n. 4, p. 437-454, 1995.

KLIJN, Erik-Hans. Analyzing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems. Administration and Society, Sage Publications, v. 28, n. 1, p. 90-120, May 1996.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LEITE, M. T. S., RODRIGUES, C. A. Q., MENDES, D. G., VELOSO, N. S., ANDRADE, J. M. O., RIOS, L. R. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica, 36 (1, Supl. 1):111-118, 2012.

LIMA, W. G. Política Pública: discussão de conceitos. Interface. 2012

LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise das redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, Tânia (org.) Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais. FGV, Rio de Janeiro, 1996. p. 53-68.

LOPES, R. E., MALFITANO, A. P. S., PALMA, A. M., FURLAN, P. G., DE BRITO, E. M. Educação e Saúde: Territórios de Responsabilidade, Comunidade e Demandas Sociais. Revista Brasileira de Educação Médica, 36(1, Supl. 1):18-26, 2012.

LYNN, L. E. Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MAGNAGO, C., FRANÇA, T., BELISARIO, S. A., SANTOS, M. R. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. Saúde debate, v. 43, n. Especial 1:24-39, 2019.

MARCIÃO, K.P.O.B. Entre médicos e professores: trajetórias do currículo médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. 173p. Tese de Doutorado (Programa de Pós Graduação Em Educação) -Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015

MARIN, M. J. S., OLIVEIRA, M. A. C., OTANI, M. A. P., CARDOSO, C. P., MORAVCIK, M. Y. A. D., CONTERNO, L. O., BRACCIALLI, L. A. D., NUNES, C. R. R., SIQUEIRA JUNIOR, A. C. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):967-974, 2014.

MARIN, M. J. S., OLIVEIRA, M. A. C., OTANI, M. A. P., CARDOSO, C. P., MORAVCIK, M. Y. A. D., CONTERNO, L. O., BRACCIALLI, L. A. D., NUNES, C. R. R., SIQUEIRA JUNIOR, A. C. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4):501-508, 2013.

MARTINS, M.A. Novas Tendências do Ensino Médico. *Gazeta Médica da Bahia* 2008;78 (Suplemento 1):22-24.

MENDES, T. M. C., FERREIRA, T. L. S., CARVALHO, Y. M., SILVA, L. G., SOUZA, C. M. C. L., DE ANDRADE, F. B. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.29: e20180333, 2020.

MINAYO, M. C. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

MORAIS, F. R. R., JALES, G. M. L., DA SILVA, M. J. C., FERNANDES, S. F. A importância do pet-saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab. Educ. Saúde*, 10 (3), 541-551, 2012.

NETA, A. G., ALVES, M. S. C. S. A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 221-235, 2016.

NETTO CEZAR P. H. "Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas." *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4) : 298 – 303 ; 2010.

NUNES, E D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3 (2):5-21, 1994

OLIVEIRA, A. M. F., MOREIRA, M. R. C., XAVIER, S. P. L., MACHADO, M. F. A. S. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(1):e003, 2021.

OLIVEIRA, M. L., MENDONÇA, M. K., ALVES FILHO, H., L., COELHO, T. C., BENETTI, C. N. PET-Saúde: (In)formar e Fazer como Processo de Aprendizagem em Serviços de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (1, Supl. 2):105-111, 2012.

OLIVEIRA, N. A. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. Rio de Janeiro; 2007. Doutorado [Tese] — Fundação Oswaldo Cruz.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. Educação Profissional em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora EPSJV/Fiocruz, 2006.

PEREIRA, J. G., FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Revista Latino-americana em Enfermagem*, 17(2), 2009.

PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PRATA, P.R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 14, núm. 33, abril-junio, 2010, pp. 471-473, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

PROVAN, K. G., KENIS, P. Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, JPART 18:229–252, 2019.

RANGEL, M.L; VILASBÔAS, A.L. Rede UNIIDA: Breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 15-18, jul. 1996.

REIBNITZ, K. S., KLOH, D., CORREA, A. B., DE LIMA, M. M., Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(esp):e68457, 2016.

RIBEIRO, E.C.O. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. *Interface (Botucatu)* [online]. 2000, vol.4, n.7, pp.139-142.

ROVERE, M. *Redes en Salud*, 1998.

SANTOS, E. L. O campo científico da administração: uma análise a partir do círculo das matrizes teóricas. Cad. EBAPE.BR, v. 15, no 2, Artigo 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun .2017.

SANTOS, L. e ANDRADE L. O. M. “Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos”. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (3):1671-1680, 2011.

SCHMIDT, L.A.T. *Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde*. 2002. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SILVA, A. T. C., MEDEIROS JUN IOR, M. E., FONTÃO, P. N., SALETTI FILHO, H. C., VITAL JUNIOR, P. F., BOURGET, M. M. M., RIOS, I. C. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto ano da Graduação médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. Revista Brasileira de Educação Médica, 41(2):336-345, 2017.

SILVA, F. A., COSTA, M. S. C., LAMPERT, J. B., ALVES, R. Papel docente no fortalecimento das políticas de integração ensino-serviço-comunidade: contexto das escolas médicas brasileiras. Interface: comunicação, saúde e educação, 22(Supl. 1):1411-23, 2018.

SILVA, M. B., RIOS, I., VITAL JUNIOR, P. F., DA SILVA, A. T. C. Barreiras e Facilitadores do Processo Ensino-Aprendizagem de Estudantes de Medicina na Atenção Primária, no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Educação Médica, 44(2):e065, 2020.

SILVEIRA, J. L. G. C., KREMER, M. M., SILVEIRA, M. E. U. C., SCHNEIDER, A. C. T. C. Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. Interface (Botucatu), 24: e190499, 2020.

SIQUEIRA, B.P. PROMED: Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. Boletim da Associação Brasileira de Ensino Médico, n. 6, nov./dez. 2002.

SOUZA, A. L., CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia, Interface - Comunicação, Saúde e educação, v.15, n.39, p.1071-84, 2011.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias: Porto Alegre 8:16; 2006.

STREIT, D.S; NETO, F.B.; LAMPERT, J.B; LEMOS, J.M.C; BATISTA, N.A. (Orgs) Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro: ABEM, 2012, 250p.

TANCREDI, F.B. Institucionalização e sustentabilidade: desafios permanentes dos UNI. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 5-10, set. 1995.

TEIXEIRA S.M.F. O desafio da gestão das redes de políticas. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

TURATO, E.R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública*, 39(3):507-142, 2005.

VASCONCELOS, A. C. F., STEDEFELDT, E., FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*, 20(56):147-58, 2016.

VENDRUSCULO, C., TRINDADE, L. L., DO PRADO, M. L., KLEBA, M. E. Repensando o modelo de Atenção em Saúde mediante a reorientação da formação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4):1674-82, 2018.

VENDRUSCULO, C., TRINDADE, L. L., DO PRADO, M. L., KLEBA, M. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2949-2960, 2016.

VIEIRA, S. P., PIERANTONI, C. R., MAGNAGO, C., NEY, M. S., MIRANDA, R. G. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, v. 42, número especial 1:189-207, 2018.

YRBI, D., Educating physicians for the future: Carnegie's calls for reform. *Medical Teacher*, 33: 547-550, 2011.

Apêndice 1 – Carta de Cessão do uso de Material Gravado**CARTA DE CESSÃO**

_____, ____/____/_____.

Eu, _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em ____/____/2019 para o trabalho de doutorado: A construção e validação de um instrumento de avaliação da integração ensino serviço nas escolas médicas do Paraná, para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo que terceiros a ouçam e usem citações dela, ficando vinculado o controle à UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), que tem sua guarda.

ASS: _____

RG: _____

Apêndice 2 – Formulário de Caracterização dos Sujeitos**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS****1. Caracterização dos sujeitos**

1) Idade: _____

2) Sexo: () masc () fem () outro

3) Profissão: _____

4) Área de graduação: _____

5) Especialização: () sim () não

Área: _____

6) Mestrado: () sim () não

Área: _____

7) Doutorado: () sim () não

Área: _____

8) Cargo ou função que exerce: _____

9) Tempo de exercício no cargo: _____

Apêndice 3 – Entrevista Semiestruturada

Entrevista semiestruturada – roteiro composto por 04 blocos/eixos temáticos

1. Concepções e práticas da integração ensino serviço (como a IES é concebida no cotidiano)

- a. Baseado na sua experiência, como você definiria/conceituaria a integração ensino serviço?
- b. Que características, necessariamente, devem estar presentes num processo de integração ensino serviço?
 - i. Quais seriam, respectivamente, o papel da escola médica e do serviço na integração ensino serviço?
 - ii. Qual o papel da integração ensino serviço (reorientação do perfil de formação, desenvolvimento de competências clínicas, desenvolvimento de outras competências, fortalecimento do SUS, educação permanente dos profissionais, melhoria dos serviços)?

2. Fatores facilitadores e dificultadores da IES

- a. Quais as principais expectativas para a integração ensino serviço diante do atual momento?
- b. Quais são os fatores que facilitam e dificultam a integração ensino serviço no seu cotidiano?
- c. Que elementos/ações estimulam processos adequados de integração ensino serviço?

3. Avaliação da IES

- a. Tem sido feito algum tipo de avaliação da IES? De que maneira?
- b. Os cenários (preceptores, estrutura, volume de serviço) atuais para a IES são suficientes para o atendimento destas necessidades?
- c. A IES vigente atende às necessidades de formação do médico?
- d. Que indicadores poderiam ser utilizados para avaliar a integração ensino serviço?

4. Gestão da integração ensino serviço

- a. Que tipos de instrumento/contratualização são utilizados nas relações de integração ensino serviço na sua realidade? Eles atendem às necessidades?
- b. Que outras possibilidades de gestão poderiam desenvolver e aprimorar o processo de integração ensino serviço?
- e. Como a integração ensino serviço se insere no seu cotidiano de trabalho?

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A construção e validação de um instrumento de avaliação da integração ensino serviço nas escolas médicas do Paraná.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa investigar as relações entre as escolas médicas do Paraná e os sistemas de saúde que as abrange, a partir dos atores envolvidos com os processos diretivos de ambos os sistemas.

Você preencherá um questionário de caracterização geral e será entrevistado individual e sigilosamente no primeiro momento. A partir disso, será elaborado e aplicado a você um instrumento atitudinal do tipo Likert.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon, que pode ser encontrado no endereço Avenida Tarquínio Joslim dos Santos, 1000, Jardim Universitário, Foz do Iguaçu - PR – Fone: (45) 3529-2854 e (45) 99989-2211. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1o andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a você.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a Identificação de nenhum destes.

A você será assegurado o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando os resultados forem conhecidos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, de nenhuma natureza. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Há o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: A construção e validação de um instrumento de avaliação da integração ensino serviços nas escolas médicas do Paraná.

Eu discuti com o Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

_____, ____/____/____.

Nome do Entrevistado	RG	Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação neste estudo.

Responsável pelo estudo: Luis Fernando Boff Zarpelon CRM PR 14.299 Assinatura

Anexo 2 – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NAS ESCOLAS MÉDICAS DO PARANÁ

Pesquisador: Luis Fernando Boff

Zarpelon **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 15095219.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.469.679

Apresentação do Projeto:

CEP/UNIFESP: 0643/2019

Trata-se de emenda com solicitação de alteração de título.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em Medicina (DCNM) indicam a integração entre o ensino e os serviços como caminho fundamental na formação profissional e imputaram às escolas reformas curriculares orientadas para a inserção precoce e efetiva dos alunos na rede assistencial do SUS.

Várias experiências de integração ensino-serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e serviços de saúde, porém o grau de integração necessário entre as políticas públicas de assistência à saúde e de formação de recursos humanos, ambos sistemas de grande complexidade interna, agregam novos desafios a criação de instrumentos de gestão capazes de suportar esse processo.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo principal investigar as relações entre as escolas médicas do Paraná e os sistemas de saúde que as abrange, a partir dos atores envolvidos com os processos diretivos de ambos os sistemas, explorando suas concepções de integração ensino serviço, suas expectativas com as DCNM e os fatores que consideram facilitadores ou críticos nesse processo.

Por meio de um estudo exploratório, quali-quantitativo, descritivo e analítico do tipo corte

transversal pretende-se identificar se as condições para a integração ensino serviço no Paraná atendem ao disposto na política nacional de formação de recursos humanos médicos e que fatores são localmente importantes neste processo é bastante desejável, para a partir disto elaborar e validar um instrumento permanente de avaliação desse processo fundamental para manutenção do SUS e para a formação médica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar as relações entre as escolas médicas do Paraná e os sistemas de saúde que as abrange, a partir dos atores envolvidos com os processos diretivos de ambos os sistemas, explorando suas concepções de integração ensino serviço, suas expectativas com as DCNM e os fatores que consideram facilitadores ou críticos nesse processo.

Objetivo Secundário:

1. Elaborar e validar um instrumento de avaliação do processo de integração ensino serviço junto aos gestores do processo.
2. Apreender as concepções da integração ensino serviço da população do estudo.
3. Investigar as percepções da população do estudo em relação às recomendações das DCNM de 2014 e seus impactos na integração ensino serviço.
4. Identificar as expectativas da população do estudo em relação a integração ensino serviço frente às DCNM de 2014.
5. Conhecer os principais fatores facilitadores e dificultadores encontrados pela população do estudo no aprimoramento da integração ensino serviço diante das DCNM de 2014.2.2.
- 6 Investigar, na visão dos participantes da pesquisa, as contribuições do COAPES para o aprimoramento da Integração Ensino Serviço

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos em relação ao projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda (E1) ao projeto.

Justificativa para a emenda:

Adequação no título. Tornar o título mais representativo do trabalho

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados para a emenda:

- 1- Carta Justificativa (CARTA_ESCLARECIMENTO.pdf)
- 2- Projeto detalhado (LFZPROJETO_PL_BRASIL_VS2_03dez2020.pdf)
- 3 – TCLE (TCLE_Projeto_VS2_03dez2020.pdf)
- 4- Folha de rosto (folha_rosto.pdf)
- 5- Cronograma (CRONOGRAMA_VS2_03dez2020.pdf)

Recomendações:

Ressaltamos que as modificações propostas na emenda somente poderão ser realizadas após a finalização da análise da emenda e emissão do parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética, e que de acordo com o manual do pesquisador, as propostas sugeridas pelo pesquisador responsável não podem descaracterizar o estudo originalmente proposto e aprovado pelo Sistema CEP-CONEP. Em geral, modificações substanciais no desenho do estudo, nas hipóteses, na metodologia e nos objetivos primários não podem ser consideradas emendas, devendo o pesquisador responsável submeter novo protocolo de pesquisa para ser analisado pelo Sistema CEP-CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1577334_E1.pdf	03/12/2020 17:22:52		Aceito
Outros	CARTA_ESCLARECIMENTO.pdf	03/12/2020 17:19:31	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_VS2_03dez2020.pdf	03/12/2020 17:17:37	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	LFZPROJETO_PL_BRASIL_VS2_03dez2020.pdf	03/12/2020 17:16:58	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Projeto_VS2_03dez2020.pdf	03/12/2020 17:15:39	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito

Ausência	TCLE_Projeto_VS2_03dez2020.pdf	03/12/2020 17:15:39	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	15/11/2020 11:57:04	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPR_USO_DADOS.pdf	05/07/2019 13:49:45	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_USO_DE_DADOS_DE_ARQUIVO.pdf	05/07/2019 13:48:46	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Outros	Entrevista_semiestruturada_roteiro.pdf	05/07/2019 13:46:05	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	05/07/2019 13:44:21	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Outros	CEP_UNIFESP.pdf	01/06/2019 20:21:18	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECL_COLETA_DADOS.pdf	14/04/2019 11:52:45	Luis Fernando Boff Zarpelon	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de dezembro de 2020

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))