



## CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: TIPOLOGIA PARA UNIDADES DOCENTE-ASSISTENCIAIS

*Practice settings in primary health care: typology for teaching-care units*

*Escenarios de práctica en la atención básica: tipología para las unidades docente-asistenciales*

**José Francisco Gontan Albiero**

Universidade Regional de Blumenau - FURB - Blumenau (SC) - Brasil.

**Sergio Fernando Torres de Freitas**

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis (SC) - Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a integração ensino-serviço através de tipologias de unidades docente-assistenciais (UDAs) na atenção básica. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em seis unidades básicas de saúde, de dois municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, que possuem convênio e parceria com instituições de ensino superior públicas e privadas, no período de agosto a novembro de 2015. A pesquisa foi realizada por meio de três instrumentos: análise documental, observações no campo e entrevistas semi-estruturadas com posterior triangulação. Entrevistaram-se docentes, discentes e profissionais do serviço com atuação na atenção básica, totalizando 18 entrevistas, sendo 9 em cada município. Todos os docentes e estudantes participantes da pesquisa pertenciam aos cursos de enfermagem e medicina, por serem os únicos cursos presentes em todas as unidades selecionadas para a pesquisa. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Identificaram-se 4 tipos de unidades docente-assistenciais: (1) supervisão e agenda compartilhada; (2) preceptoria e agenda compartilhada; (3) preceptoria e agenda própria e (4) supervisão e agenda própria. A análise documental revelou longevidade nas parcerias entre as instituições de ensino pública e privada com os cenários de prática e objetivos pedagógicos baseados nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos. **Considerações Finais:** Quanto ao favorecimento à integração ensino-serviço, o tipo 1 e 2 são os que se pressupõe possuir maior força, seguido pelo tipo 3 e 4. Esta tipologia pode contribuir para o entendimento das relações ensino serviço, integração das atividades docente-assistenciais e efetividade.

**Descritores:** Serviços de Integração Docente-Assistencial; Desenvolvimento de Pessoal; Saúde Pública.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the teaching-service integration through typologies of teaching-care units (TCUs) in primary health care. **Methods:** Qualitative study performed in six primary care units of two municipalities in the state of Santa Catarina, Brazil, which have an agreement and partnership with public and private higher education institutions, in the period from August to November 2015. The research was conducted by means of three instruments: documentary analysis, field observations and semi-structured interviews, with subsequent triangulation. The interviewees were teachers, students and health professionals working in primary care, totaling 18 interviews, 9 in each municipality. All the teachers and students participating in the research belonged to the nursing and medicine courses, as these were the only courses present in all the units selected for the research. The interviews were analyzed through the content analysis technique. **Results:** Four types of TCUs were identified: (1) supervision and shared schedule; (2) preceptorship and shared schedule; (3) preceptorship and own schedule and (4) supervision and own schedule. Documentary analysis revealed longevity in the partnerships between the public and private educational institutions with practice scenarios and pedagogical objectives based on the National Curricular Guidelines of the courses. **Final considerations:** With regard to favoring the teaching-service integration, types 1 and 2 are those assumed as more powerful, followed by types 3 and 4. This typology can contribute to the understanding of teaching-service relationships, the integration of teaching-care activities and their effectiveness.

**Descriptors:** Teaching Care Integration Services; Staff Development; Public Health.



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la integración educación-servicio a través de tipologías de unidades docente-asistenciales (UDAs) de la atención básica. **Métodos:** Estudio cualitativo realizado en seis unidades básicas de salud de dos municipios del estado de Santa Catarina, Brasil, que tienen convenio y sociedad con instituciones de educación superior públicas y privadas en el periodo entre agosto y noviembre de 2015. La investigación fue realizada con tres instrumentos: el análisis documental, la observación de campo y las entrevistas semi-estructuradas con triangulación a posteriori. Se entrevistaron a los docentes, los discentes y profesionales del servicio que actúan en la atención básica en un total de 18 entrevistas siendo 9 en cada municipio. Todos los docentes y estudiantes participantes de la investigación eran de los cursos de enfermería y medicina ya que eran los únicos cursos presentes en todas las unidades elegidas para la investigación. Las entrevistas fueron analizadas a través del análisis de contenido. **Resultados:** Se identificaron a 4 tipos de unidades docente-asistenciales: (1) supervisión y agenda compartida; (2) preceptoría y agenda compartida; (3) preceptoría y agenda propia e (4) supervisión y agenda propia. El análisis documental reveló la longevidad de las sociedades entre las instituciones de educación pública y privada con los escenarios de práctica y objetivos pedagógicos basados en las Directrices Curriculares Nacionales de los cursos. **Conclusión:** Los tipos 1 y 2 favorecen la integración educación-servicio y son los que se supone tener más fuerza siendo seguidos de los tipos 3 y 4. Esa tipología puede contribuir para la comprensión de las relaciones de educación y servicio, la integración de las actividades docente-asistenciales y la efectividad.

**Descriptor:** Servicios de Integración Docente Asistencial; Desarrollo de Personal; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

Há uma relação histórica entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde no Brasil como cenários de práticas. Em breve retrospecto são identificadas tanto as aproximações institucionais quanto os entraves e desafios para sua efetivação<sup>(1)</sup>. Nos últimos anos, é perceptível um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças a partir da aproximação do ensino ao sistema de saúde<sup>(2)</sup>.

Estudos indicam que a integração ensino-serviço pode favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária, a realidade local e necessidades do SUS, ampliando o compromisso com seus princípios, além de desenvolver ações e projetos que aproximam objetivos pedagógicos das prioridades locais e ainda criar sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços<sup>(3-5)</sup>. No entanto, outras pesquisas destacam dificuldades nesse processo: diferentes percepções dos atores envolvidos; indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre o outro<sup>(6-8)</sup>; interesses institucionais distintos<sup>(9,10)</sup>; dificuldades metodológicas; e integração embasada em negociações particulares<sup>(5, 11-13)</sup>.

É possível perceber um aumento considerável de pesquisas, publicações e experiências nos últimos 15 anos sobre a integração ensino-serviço no país. Pode-se elencar uma série de fatores que contribuem na explicação dessa situação: (i) a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, que apontam de modo contundente para o aprendizado significativo no e para o SUS, integrando profissionais e comunidade em distintos cenários de prática<sup>(5,7,11)</sup>; (ii) a construção de políticas públicas que tencionam e incentivam o ensino em serviço, processo que retroalimenta a reflexão, atualização e reformulação dos projetos político-pedagógicos das instituições formadoras<sup>(2,6)</sup>; (iii) a identificação da integração ensino-serviço como ‘estratégia’ de colaboração na educação permanente. O Pacto de Saúde (2006), especificamente o Pacto pela Gestão do SUS, destaca a ‘Educação na Saúde’ entre suas diretrizes, com ações cooperadas entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e o controle social, visando o desenvolvimento dos profissionais da rede e a formação acadêmica para o SUS<sup>(4,7)</sup> e (iv) a necessidade de investigar e compreender as repercussões do processo sobre os envolvidos de forma que possam subsidiar a tomada de decisões para a ampliação e qualificação permanente do trabalho<sup>(14,15)</sup>.

Nessa perspectiva, pode-se perceber que a integração ensino-serviço no país passa por um processo de ampliação e qualificação, e são encontrados na literatura casos de sua institucionalização, como em Porto Alegre, Florianópolis, Fortaleza e Sobral<sup>(16-18)</sup>. Nessas experiências, os cenários de prática são similares à Atenção Básica, porém os modelos de trabalho e de relação da universidade com o serviço e a comunidade possuem variações.

O objetivo do presente estudo é analisar a integração ensino-serviço através de tipologias de unidades docente-assistenciais na atenção básica.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, utilizando técnicas e instrumentos qualitativos<sup>(19,20)</sup>, em dois municípios do estado de Santa Catarina no período de agosto a novembro de 2015. Os municípios selecionados possuem rede articulada de serviços de saúde e histórico antigo de convênio e parceria com as instituições de ensino superior.

A escolha desses casos foi realizada com intuito de consultar participantes de pesquisa provenientes tanto de instituição de ensino superior pública quanto privada, e analisar se existe alguma diferença perceptível na integração ensino-serviço entre elas.

Com o apoio do setor de educação em saúde das secretarias municipais de saúde dos municípios e das coordenações dos cursos de medicina e enfermagem, foram selecionados intencionalmente três coordenadores de unidades básicas de saúde e três docentes para participar. Além disso, cada um dos docentes indicou um estudante que estava em atividade junto à comunidade no semestre da coleta de dados. O grupo total foi composto então por dezoito indivíduos (nove de cada caso / município).

Os critérios de inclusão foram definidos, para os coordenadores das unidades selecionadas, por experiência com a integração ensino-serviço; e, para os professores, existência de atividades de ensino, pesquisa e extensão na rede, por período mínimo de 5 anos em ambos os casos.

A opção pelos cursos de medicina e enfermagem ocorreu em função de serem os únicos presentes nas seis unidades selecionadas para a pesquisa. E as unidades de saúde foram selecionadas considerando-se o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), por se entender que é a referência da atenção básica no país.

Realizou-se a pesquisa com três instrumentos: entrevista semi-estruturada, análise documental e observações diretas do pesquisador no campo.

O roteiro dessas entrevistas foi o mesmo para todos os participantes (coordenadores das unidades, professores e estudantes) e composto por questões relacionadas à rotina nas UDA, tais como: participação no planejamento, construção de agenda e processos de trabalho, descrição das atividades realizadas nas unidades de saúde, bem como processos avaliativos e ações de acompanhamento das rotinas conjuntas. As entrevistas transcritas na íntegra foram submetidas à análise de conteúdo<sup>(21)</sup> para identificar elementos que pudessem caracterizar a relação e rotina nas UDA selecionadas.

Realizou-se a análise documental com base em três documentos: (i) contrato de convênio entre as instituições participantes; (ii) projetos político-pedagógicos dos cursos de medicina e enfermagem das instituições envolvidas, com especial atenção aos capítulos relacionados às aulas práticas e estágios e (iii) regimentos de estágio.

Nesses documentos, investigaram-se seus principais elementos de formato e conteúdo, mas principalmente elementos que caracterizem as formas de relação da universidade e do serviço de saúde.

Realizaram-se duas observações em cada cenário (três unidades de saúde com docentes e discentes de instituição pública, e três de instituição privada) perfazendo um total de 12 observações em campo.

O foco das observações era, na rotina da unidade, processos de trabalho, distribuição de tarefas, reuniões e encontros para ajustes e planejamento, e principalmente as relações no trabalho entre o ensino e o serviço. As observações foram acompanhadas com registro em diário de campo.

Os dados recolhidos nas três fontes de informação (entrevistas, análise documental e relatos da observação) foram submetidos à triangulação, na perspectiva de que essa combinação evidencie convergências entre os achados e minimize o risco de enviesamento<sup>(22)</sup>.

Por um lado, os elementos identificados na análise dos três documentos selecionados na pesquisa foram citados tanto nas narrativas das entrevistas quanto nas descrições do diário de campo. Por outro lado, a descrição dos processos de trabalho e das rotinas de integração dos sujeitos foram facilmente identificadas nas observações de campo e aparecem em múltiplos momentos dos registros. Ao término deste processo, ficaram caracterizados os elementos que compõe a tipologia proposta e que são apresentados e discutidos nos resultados deste trabalho.

Esta pesquisa recebeu análise e aprovação pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer nº 9888.520 de 12/03/2015.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os termos de convênio entre as universidades públicas e privadas com as secretarias de saúde dos municípios guardam semelhanças de formato e conteúdo: descrevem as responsabilidades e deveres de cada instituição frente a prazos, cronogramas, recolhimento de seguro obrigatório, entrega de relatórios de acompanhamento e avaliação.

Além disso, é identificada longevidade nessas parcerias em ambos os casos. Os primeiros convênios com a instituição pública são do início da década de 1980 e, com a privada, da segunda metade dos anos 1990. Descrevem as responsabilidades e deveres de cada instituição frente a prazos, cronogramas, recolhimento de seguro obrigatório, entrega de relatórios de acompanhamento e avaliação.

Identificaram-se semelhanças também nos projetos pedagógicos de curso e regimentos de estágio, dos cursos de ambas as instituições, quanto às últimas reformulações, realizadas entre 2010 e 2012, com período de vigência indeterminado, mas sugerindo revisão em quatro anos. Especificamente com relação aos quatro regimentos de estágios estudados, identificou-se que sua formulação foi realizada pelos docentes e gestores do curso sem a participação dos serviços onde eles ocorrem.

Nos projetos pedagógicos dos cursos, especificamente nos capítulos de aulas práticas e estágios, também são perceptíveis pontos convergentes. Destacam-se os objetivos pedagógicos dessas atividades com base nas DCN, enfatizando a importância do trabalho em equipe em diferentes cenários e visando a co-participação da comunidade nas ações de saúde realizadas.

Os regimentos de estágio definem questões mais operacionais, como normativas, mecanismos e instrumentos de avaliação, distribuição de carga horária, presença do professor em tempo integral junto aos discentes (denominado supervisor) ou a recepção do estudante por profissional do serviço de saúde (denominado preceptor), assim como a proporção de número de estudantes para cada profissional, e providências diversas.

Nas observações de campo foi facilmente identificada a realização das atividades conduzidas por professor ou preceptor. Em alguns casos, o professor (supervisor) permanece em tempo integral na unidade orientando os estudantes, organizando as questões operacionais e de logística para as ações, e servindo de ‘elo’ de ligação com os profissionais da equipe e usuários. Em outros, os estudantes, ao chegarem à unidade, remetiam-se diretamente ao profissional responsável (preceptor) para organização da rotina diária, suas atividades e inserção nas práticas da unidade.

Percebeu-se distinções frente às atividades desempenhadas. Nos casos com presença de supervisor, mesmo que de forma não intencional, as atividades são mais “tradicionais/acadêmicas”, com momentos específicos para planejamento das ações do dia, para discussão dos casos e do processo de trabalho, e para acompanhamento de cada atividade realizada. Nos casos em que há a presença de preceptor, foi possível perceber uma ação mais autônoma do grupo de discentes frente à rotina de trabalho. Em muitas situações, o contato inicial com o preceptor era rápido para acordos frente às demandas do dia e, em seguida, os discentes se inseriam nas atividades da equipe.

Nesse sentido, identificou-se o primeiro componente de composição da tipologia: o elemento de ligação entre a universidade e o serviço, nas formas de supervisão ou preceptoria. Este componente foi incluído no modelo por duas características: a) resume as formas de relação pedagógica entre serviço e universidade; b) é fundamental para a integração de conhecimentos e experiências entre as instituições.

Nas transcrições das entrevistas, especificamente nas narrativas da rotina das unidades, foram percebidos pontos semelhantes entre os participantes do estudo, sejam eles acadêmicos (docentes e estudantes) de ambos os cursos ou profissionais da rede, quais sejam: a relação cordial entre os envolvidos, as dificuldades de organização de tempo para trabalhos e estudos em conjunto, as grandes demandas de assistência, ampliadas por equipes de saúde incompletas, e a estrutura deficitária.

Ao mesmo tempo, observaram-se situações distintas nos discursos das rotinas de trabalho, especialmente no manejo e organização de agendas de trabalho. É importante pormenorizar o que é denominado no presente estudo de ‘manejo de agendas’. Esse foi o termo utilizado para caracterizar a relação e organização dos processos de trabalho entre a equipe de saúde do serviço e o grupo da universidade.

Em algumas unidades, a agenda é compartilhada, isto é, atividades previstas para o dia, sejam elas de visita domiciliar, de algum grupo educativo, sejam de ações fora da unidade, eram incorporadas pelo grupo da universidade e o trabalho realizado por todos. Enquanto que, em outras, a unidade de saúde cedia espaço físico e uma agenda própria de atendimentos para a comunidade e o grupo de acadêmicos realizavam seus atendimentos de forma independente.

Nas observações em campo foram evidenciados casos em que a própria sala cedida à universidade possuía na porta uma placa com o nome da instituição, caracterizando exclusividade de uso. Nesses casos, o agendamento de horários, a chamada dos usuários e os encaminhamentos também eram realizados separadamente da unidade. Contudo, em outros casos, o grupo de estudantes e professor se inseria nas atividades próprias da equipe para as ações de determinado dia (ações coletivas, visitas domiciliares, atendimentos individuais, etc.), inclusive dividindo tarefas e espaço físico.

Selecionou-se, a partir dessa análise, o segundo elemento para a proposta de tipologia: a forma de organização dos processos de trabalho e distribuição das atividades, aqui denominadas de agenda compartilhada quando as atividades realizadas pelos estudantes são definidas pelas necessidades da unidade, dentro de sua rotina, integrando a atividade docente assistencial; e de agenda própria quando as atividades realizadas pelos estudantes são definidas fora da rotina e das necessidades pré-definidas pela unidade, sem a integração natural do estudante.

A partir desses componentes, pôde ser organizada a proposta de tipologia, resumida no quadro 1, que propõe quatro tipos de UDA na Atenção Básica com dois elementos de análise.

Quadro I - Tipologia de Unidades Docente Assistenciais na Atenção Básica segundo o tipo de agenda e de orientação. Florianópolis, Santa Catarina, 2015.

<b>Tipo</b>	<b>Agenda</b>	<b>Orientação</b>
01	Compartilhada	Supervisão
02	Compartilhada	Preceptoria
03	Própria	Preceptoria
04	Própria	Supervisão

Acerca de quais tipos de UDA mais favorecem a integração ensino-serviço, realizou-se coleta e análise de todo o material acumulado dessa pesquisa e ainda reflexões e leituras da literatura sobre o tema, evidenciando-se duas hipóteses para reflexão:



(i) quanto ao ‘manejo de agendas’: pressupõe-se que as UDA que o fazem de maneira ‘compartilhada’ favoreçam mais a integração, enquanto que as de ‘agenda própria’ faça aula prática em outro cenário, diferente do ambulatório das universidades, o que fragiliza a integração ensino-serviço;

(ii) quanto ao elemento ‘orientação’: presume-se certa similaridade para o favorecimento da integração ensino-serviço, independente do papel exercido e condução realizada - por preceptor ou supervisor. O favorecimento para a integração ensino-serviço poderá ter variação por questões como compromisso dos envolvidos (ensino – serviço – gestão – comunidade) com os princípios e diretrizes do SUS, a defesa da saúde como direito, sendo a nossa política de bem-estar, cidadania e justiça social uma perspectiva universal, integral e equânime. Sendo assim, reforça-se o comprometimento também com uma formação e educação permanente em serviço, ajustando os objetivos pedagógicos e a demanda local em prol da efetividade do processo para todos.

Nesse sentido, o presente estudo propõe uma tipologia e uma classificação sobre o favorecimento da integração ensino-serviço na Atenção Básica do SUS (quadro II) e aponta para a necessidade de estudos avaliativos que busquem nos dados empíricos elementos para responder esses questionamentos e contribuir para o processo.

Quadro II - Tipologia de Unidades Docente Assistenciais na Atenção Básica segundo tipo de agenda, tipo de orientação e força de favorecimento para a integração ensino-serviço. Florianópolis, Santa Catarina, 2015.

Tipo	Agenda	Orientação	Classificação
01	Compartilhada	Supervisão	Muito Forte
02	Compartilhada	Preceptoria	Forte
03	Própria	Preceptoria	Fraca
04	Própria	Supervisão	Muito Fraca

Não existem consensos quanto aos papéis e funções na orientação das atividades nas UDA. Um estudo<sup>(23)</sup> apresenta conceitualmente os termos supervisor, preceptor, mentor e tutor, bem como suas funções e atividades ligadas à formação em saúde, em função da proximidade semântica e das confusões que podem acarretar. Com base em uma extensa investigação teórica, propõe um quadro para diferenciar esses termos e explica que preceptor é o profissional do serviço com papel de ensinar focando em objetivos e instruções técnicas, atuando no próprio ambiente de trabalho e em situações clínicas reais. O supervisor é professor, com papel de observar o exercício das atividades e zelar pela qualidade das ações, atuando em situações clínicas reais, mas também visa questões pedagógicas, propondo reflexões e avaliações das práticas realizadas.

Adotaram-se esses conceitos, mas está claro que ser preceptor ou supervisor, por si só, não garante a prática integrada. Existem fatores que interferem nesses papéis, como a construção de vínculo e o compromisso em formar para o SUS, junto à comunidade e em equipe. No discurso de um supervisor, com práticas de estágio na mesma unidade a pouco mais de cinco anos, é perceptível sua relação com a equipe de saúde e, por conseguinte, os efeitos no seu grupo de estudantes:

*“estou aqui há tempos, né, sou parte da equipe. Meu nome está até no quadro de aniversários [risos] e isso facilita o planejamento, as negociações pra gente fazer as coisas juntos, e o trânsito dos meus estudantes” (Docente 03).*

O vínculo permite laços de compromisso e co-responsabilidade entre os envolvidos, e isso se consegue com longitudinalidade, em que uma fonte contínua de atenção reflete relações interpessoais intensas e se expressa em identificação mútua<sup>(24-26)</sup>. Esse supervisor, além de trabalhar na perspectiva clínica-teórica, assume papel de elo entre os estudantes e a equipe de saúde, tornando-se fundamental para o percurso conjunto<sup>(27)</sup>.

Na entrevista de dois preceptores foram identificadas variações de acordo com a percepção de que sua ação coopera com a formação para o SUS, mas também que a presença da universidade contribui para a motivação e aperfeiçoamento dos profissionais.

*“é mais trabalho para a gente sim, mas não são eles que vão vir para cá depois e continuar o trabalho? E, além disso, estou estudando isso, né? Coloco eles tudo junto com a gente, [em] reuniões, visitas, organização das campanhas” (Preceptora 02).*

*“tem outra coisa: a gente fica empolgada com as idéias deles [falando dos estudantes] e quando discute os casos recicla umas coisas e aprende outras novas” (Preceptora 01).*

No entanto, a demanda assistencial extensa faz com que sua responsabilidade seja, muitas vezes, de cunho operacional:

*“não dá, temos muita gente para atender. Sei que é importante, mas não consigo. O máximo é arrumar horários, salas, etc., e deixar trabalharem. Depois tiram suas dúvidas com seus professores da universidade” (Preceptora 03).*

O investimento na formação de preceptores faz parte das políticas indutoras dos Ministérios da Saúde e da Educação há pelo menos uma década, por meio de programas e projetos. A articulação dessas grandes áreas é fundamental para a construção

de novos saberes e práticas de atenção à saúde, tanto dos profissionais que compõe os serviços quanto da nova força de trabalho que está em formação em todos os cursos de saúde<sup>(2,28)</sup>. Além disso, o interesse em conhecer com profundidade o papel do preceptor na atenção básica já foi alvo de estudos e apontou a necessidade de investimento através de educação permanente focada na interdisciplinaridade<sup>(29)</sup>.

Em investigação recente com preceptores são evidenciados desafios para sua atuação junto à universidade: falta de formação pedagógica específica para o planejamento e acompanhamento das atividades, e a demanda assistencial intensa com estrutura física deficitária; porém, por outro lado, sua ação é fundamental por conhecer profundamente o serviço, ter a facilidade em aproximar a comunidade acadêmica da equipe de saúde e usuários, e principalmente pela troca de saberes na rotina diária e com trabalho interprofissional<sup>(30-31)</sup>.

Segundo os docentes (supervisores), seus dilemas residem na sua habilidade para equacionar os objetivos pedagógicos e as demandas da realidade local-serviços, trabalhadores e usuários – sua flexibilidade para fazer ajustes, sua disponibilidade para o trabalho em equipe e pactuações coletivas. O supervisor que exerce suas atividades – integrativas, clínicas e pedagógicas – no cotidiano das ações concretas e reais existentes nas unidades de saúde tem potencial para favorecer a integração ensino-serviço e, com isso, repercutir na formação dos estudantes, na formação permanente dos profissionais envolvidos e na qualidade da assistência prestada à comunidade<sup>(32-33)</sup>.

Independente da forma de orientação, seja com supervisão, seja na preceptoria, o favorecimento da integração ensino-serviço e a efetividade do processo demanda profissionais formados nos aspectos pedagógicos, ao mesmo tempo em que mantém sua atualização e qualidade clínica, o que nem sempre tem sido observado no Brasil.

Em relação ao manejo das agendas, os resultados mostram que, nas UDA onde a agenda é própria, supervisores e preceptores descrevem atividades predominantemente operacionais e objetivas, enfatizando a autonomia na prestação dos serviços e a oportunidade de aprendizado com tantos casos clínicos diferentes.

*“estamos super adaptados. O pessoal chega, já pega a agenda, se instala no consultório e já começam a chamar os pacientes. Com isso a gente diminuiu a demanda da unidade e tem a chance de ver um monte de coisa interessante e diferente. Para eles, é ótimo[...].” (Docente 01).*

*“às vezes nem vejo elas (estudantes sob preceptoria). Já sabem o que fazer no dia e quando chegam já começam a atender.” (Preceptora 03).*

Percebe-se que a agenda própria aparta os objetivos dos grupos envolvidos e evidencia um descompasso. Enquanto a universidade vai para esse cenário de prática com objetivos eminentemente pedagógicos, clínicos ou não, o serviço tem expectativas diversas, como<sup>(34)</sup>: qualificação de seus recursos humanos, aumento de resolubilidade, maior legitimidade social, resolução de demandas reprimidas ou especializadas.

Ambos têm objetivos legítimos, porém, se os processos de trabalho, agendas e planejamentos não forem compartilhados, a integração ensino-serviço não se efetiva em todo, ou em parte.

Um estudo<sup>(35)</sup> considera avanço a melhora das relações interinstitucionais, a valorização dos papéis de ambos na formação dos novos profissionais, mas ainda considera um desafio o compartilhamento de objetivos pedagógicos e a demanda assistencial nas UDA, que repercutam sobre todos os envolvidos: gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade.

Nas UDA em que planejamento, processos de trabalho e agendas são compartilhados, embora também se identifiquem dificuldades com grandes demandas de atendimento e a necessidade do cumprimento dos objetivos pedagógicos propostos, é perceptível identificar a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado:

*“[...] sabe como é, estou aqui desde o início do ano. Já me conhecem aqui, fiz amigos, então eu chego e já sei que é dia da visita. A lista de visitas foi discutida na reunião da equipe de quinta e eu já conheço a família. Saio junto com o pessoal daqui e, quando dá tempo, na volta ainda discutimos o caso e o que vai ser registrado no prontuário[...].” (Acadêmico 02).*

*“[...] Fico ansioso pra botar a mão na massa. Quero atender mesmo. Fiquei esse tempão de teoria na sala e quero ver os pacientes. Outra coisa legal daqui é poder fazer as coisas com a equipe, o grupo de gestantes, mesmo, é o meu xodó. A gente faz tudo junto. Nós (se referindo a equipe) e elas (se referindo as gestantes) desde o que vamos fazer até como organizar[...].” (Acadêmica 03).*

Em recente revisão integrativa de literatura sobre o assunto são elencados avanços da integração ensino-serviço nos documentos analisados e é recorrente a identificação de que a aproximação do estudante com a realidade do sistema e dos cenários de cuidado contribui não só para a sua formação, mas também para a reorganização dos processos de trabalho e motivação dos profissionais, impactando assim na qualidade da atenção à saúde da população<sup>(35)</sup>.

Embora se saiba que existem muitos fatores que influenciam na efetividade da integração ensino-serviço, como mostrados no corpo do presente trabalho, a tipologia proposta permite reflexão e recomenda novos estudos. O manejo de agendas presume-se ser o principal responsável para favorecer a integração ensino-serviço. A condução das atividades com agenda própria acaba por isolar em dois grupos distintos as ações (pedagógicas e assistenciais) e, na maioria das vezes, em espaços físicos

diferentes (salas e consultórios); enquanto a agenda compartilhada favorece que ambos trabalhem na mesma rotina, atividades e comunidade.

Também é importante destacar que, com agenda compartilhada, os dois agentes – universidade e serviço – são obrigados a flexibilizar seus objetivos primários em prol de um novo objetivo conjunto: a demanda da unidade e o objetivo pedagógico não podem se sobrepor, obrigando a discussão e o ajuste de atividades comuns e integradas.

Já para o segundo elemento (tipo de orientação), percebe-se uma similaridade, porém uma variação relacionada ao tipo de agenda.

Nas UDA com agenda própria e orientação por preceptoria, permite-se ao menos a possibilidade da integração ensino-serviço com o preceptor; enquanto que, se for conduzido por supervisor, tende a ocorrer um isolamento total de ambos os grupos, no qual a universidade acaba por fazer suas práticas tradicionais em outro cenário, sem integração com o serviço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta uma tipologia de UDA levando em consideração dois pontos-chaves para o processo de integração ensino-serviço: a característica da orientação, por supervisão ou por preceptoria; e processo de trabalho na unidade, com agenda compartilhada (com a rotina da equipe do serviço) ou agenda própria para o grupo da universidade.

O estudo destaca que o principal elemento dessa tipologia é o manejo da agenda, sendo responsável por favorecer, ou dificultar, a integração ensino-serviço, ainda que a condução do processo de trabalho, seja por supervisor, seja por preceptor, possa fazer diferença.

Além disso, reflete sobre a força desse favorecimento e assume a hipótese de que as UDA tipo 1 e 2 são as que possuem maior força de integração, seguida pelo tipo 3, e ainda que a UDA do tipo 4 não faça integração, apenas modifica o cenário de prática dos estudantes.

Essa tipologia pode contribuir para o entendimento das relações ensino-serviço e para estudos relativos à integração das atividades docente-assistenciais, sua efetividade e outros processos avaliativos.

## REFERÊNCIAS

1. Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.
2. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):743-52.
3. Ferla AA, Famer CM, Santos LM, organizadores. *Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?* Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2013.
4. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc.* 2012;21(Supl 1):71-9.
5. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):731-42.
6. Flores LM, Trindade AL, Loreto DR, Unfer B, Dall’Agnol MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):923-30.
7. Silva EVM. A formação de profissionais da saúde em sintonia com o SUS - currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Andrade SR, Boehs AE, Mattia D, Boehs CGE, Daussys FS. Cooperação e relacionamento entre instituições de ensino e serviço de saúde: o Pró-Saúde Enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2014;23(1):160-6.
9. Olschowsky A, Silva, GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enferm.* 2000;34(2):128-37.
10. Beccaria, LM, Trevizan MA, Janucci, MZ. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, estudantes e enfermeiros. *Arq Ciênc Saúde.* 2006;13(3):61-9.
11. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):356-62.
12. Holbrook WP, Brodin P, Balciuniene I, Brukiene V, Bucur MV, Corbet E, et al. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. *Eur J Dent Educ.* 2008;12 Suppl 1:161-6.
13. Miranda C, Carvalho V, Souza E. Integração docente-assistencial: uma questão “não resolvida”. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 1997;1(2):62-73.

14. De Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):731-42.
15. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Med*, 2001;25(2):53-9.
16. Pereira AF. Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. [monografia] Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; 2013.
17. Reibnitz KS, Santos MF. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos PróSaúde I e II. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(1):68-75.
18. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc.* 2013;22(1):187-98.
19. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2009.
20. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70; 2010.
22. Flick U. Triangulation in qualitative research. In: Flick U, Kardorff E, Steinke A. *Companion to qualitative research.* London: Sage; 2005. p. 81-7.
23. Botti S, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):363-73.
24. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(2):230-9.
25. Schmidt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1487-94.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
27. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18(49):351-62.
28. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(1 Supl 1):184-92.
29. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18(49):337-50.
30. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptorial do Pró-Pet-Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):779-91.
31. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(30):153-166.
32. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no programa PET Saúde: a percepção de tutores. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):817-829.
33. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. O PET Saúde da família e a formação dos profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface Comun Saúde Educ.* 2015;19(Supl 1):805-816.
34. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis (Rio J).* 2004;14(1):41-65.
35. Brehmer LCF Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enf.* 2014;16(1):228-37.

**Endereço para correspondência:**

José Francisco Gontan Albiero  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina  
Rua Delfino Conti, s/n - Bloco H  
CEP: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil  
E-mail: chicoalbiero@gmail.com