

Papel docente no fortalecimento das políticas de integração ensino-serviço-comunidade:

contexto das escolas médicas brasileiras*

Fabiana Aparecida da Silva^(a)

Nilce Maria da Silva Campos Costa^(b)

Jadete Barbosa Lampert^(c)

Rosana Alves^(d)

Silva FA, Costa NMSC, Lampert JB, Alves R. Teachers' role in strengthening teaching-service-community integration policies: the context of Brazilian medical schools. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 1):1411-23.

This article analyzes the teachers' participation and integration in healthcare services based on the perception of institutional actors of medical schools in Brazil. This qualitative study used the Wheel Method for data collection, and content analysis as a data analysis technique. Forty-one undergraduate medical courses took part in the study, eighteen of which are private and twenty-three, public. The results show that teachers' participation and teaching-service integration are limited to the accomplishment of actions included in the courses' pedagogical projects, sometimes decontextualized from the reality of the services. It is concluded that, in order to strengthen teaching-service-community integration policies, it is necessary to invest in teacher education, raising the awareness of teaching professionals to an effective integration into the health system and recognition of their social role as agents of change.

Keywords: Teaching-service; Teacher education; Medical education.

Este artigo analisa a participação e integração de docentes nos serviços assistenciais de Saúde a partir da percepção de atores institucionais de escolas médicas no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou para coleta de dados o instrumento método da roda e a análise de conteúdo como técnica de análise de dados. Participaram da pesquisa 41 cursos de graduação em Medicina, sendo 18 privados e 23 públicos. Os resultados mostram que a participação docente e a integração ensino-serviço limitam-se ao cumprimento de ações previstas nos projetos pedagógicos dos cursos, às vezes descontextualizados da realidade dos serviços. Conclui-se que, para fortalecer políticas de integração ensino-serviço-comunidade, deve-se investir em formação docente, sensibilizando os profissionais do ensino para uma efetiva integração com o sistema de Saúde e reconhecimento de seu papel social como agente de mudanças.

Palavras-chave: Ensino-serviço. Formação docente. Educação médica.

* Este artigo é resultado do Projeto "Criação da Linha de Pesquisa em Ensino na Saúde no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFG", financiado pela Capes, Edital 024/2010 - Pró-Ensino na Saúde (AUXPE nº 2043/2010).

^(a) Universidade do Estado de Mato Grosso. Avenida Santos Dumont, s/nº, Cidade Universitária. Cáceres, MT, Brasil. fabiana@unemat.br

^(b) Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. nilcecosta58@gmail.com

^(c) Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. jadete60@gmail.com

^(d) Escola Superior de Ciências, Santa Casa de Misericórdia. Vitória, ES, Brasil. rosana.alves@emescam.br

Introdução

A integração ensino-serviço-comunidade é um dos elementos que impulsiona, no Brasil, o movimento de mudanças na formação dos profissionais de Saúde. Ela é compreendida como um trabalho coletivo, que integra estudantes, docentes e profissionais das equipes dos serviços de saúde, visa à sincronia entre a qualidade de atenção prestada ao usuário, à excelência da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços¹.

A integração ensino-serviço se fortalece a partir de novos conceitos e valores, como responsabilidade social e interprofissionalidade, que podem contribuir para ampliar a capacidade de crítica e reflexão sobre o contexto atual². Assim, torna-se potencial educativo na formação dos futuros profissionais, dos trabalhadores, dos gestores dos serviços e dos docentes.

Os aspectos históricos das relações entre as instituições de ensino e os serviços de saúde começam a ganhar destaque nos anos 1970 e 1980 e têm assumido diferentes modelos, diretrizes e configurações teóricas, desde a simples utilização dos serviços de saúde como espaços de prática às tentativas de reorganizar a formação sob a ótica de um novo modelo de serviço^{3,4}.

As tentativas de aproximar os processos de formação à realidade de vida e de saúde das pessoas assumem posição estratégica desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que deixam claro ser dever do Estado ordenar a formação na área da Saúde para o enfrentamento das suas necessidades⁵⁻⁷.

No Brasil, merecem destaque os projetos de Integração Docente Assistencial (IDA) e Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde (UNI)^{4,8,9}, que proporcionaram inovações curriculares e atividades em equipes interdisciplinares e empoderaram uma massa crítica que continuou a mobilizar e efetivar mudanças¹⁰⁻¹².

Os acúmulos históricos dessas políticas foram intensificados com a elaboração e publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001¹³; implantação do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), em 2002¹⁴; e criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, em 2003.

Importantes políticas começaram então a ser instituídas, como as residências multiprofissionais em área profissional da saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹⁵, Programa Aprender-Sus¹⁶, Projeto de Vivência e Estágios na Realidade do SUS (Versus)¹⁷, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹⁸, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)¹⁹ e o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas²⁰.

Recentemente, outro importante movimento de mudança teve início com o Programa Mais Médicos (PMM)²¹, que desencadeou, em 2014, a revisão das DCN para a graduação médica, enfatizando a centralidade da formação na atenção básica, na relação ensino-serviço-comunidade e na formação de preceptores pelo Plano Nacional de Formação de Preceptores (PNFP), em 2015²²⁻²⁴.

Embora importantes políticas tenham sido instituídas visando à integração ensino-serviço-comunidade, a pactuação de compromissos entre as instituições de ensino e os gestores dos serviços de saúde, de modo organizado e transparente, permanece problemática.

Como estratégia para superar esse histórico, regulamentar a relação entre as universidades e os gestores do SUS e alcançar processos de mudanças sustentáveis, foram instituídas em 2015 as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes)²⁵.

A maturidade das políticas, alcançada a partir de análises das fortalezas e fragilidades nelas presentes, assinala o papel do professor como ator capaz de avançar nas inovações e na efetivação das mudanças na educação universitária^{26,27} e, de forma complementar, aponta para a necessidade de ações que possam desenvolver o docente para os desafios da reorientação da formação profissional em Saúde.

Iniciativas direcionadas ao desenvolvimento docente foram promovidas e/ou apoiadas pela SGTES, tais como a especialização em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais da Saúde²⁸, Pró-Ensino na Saúde²⁹ e o Programa Foundation for Advancement of

International Medical Education and Research (Faimer – Brasil)³⁰, todas sustentando o fortalecimento do processo de reorientação da formação profissional em saúde e, conseqüentemente, a integração ensino-serviço-comunidade.

Diante da historicidade das políticas indutoras de mudanças na integração ensino-serviço-comunidade e da relevância do desenvolvimento de competências específicas para o docente atuar em vários cenários de prática, necessários ao processo de ensino-aprendizagem, este artigo tem como objetivo analisar a participação e integração de docentes nos serviços assistenciais de saúde a partir da percepção de atores institucionais de escolas médicas do Brasil.

Método

Este artigo apresenta resultados de um processo de autoavaliação realizado em 41 cursos de graduação em Medicina do Brasil no ano de 2013, desenvolvido pela Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde (CAES) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-analítico e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento de autoavaliação de escolas médicas denominado método da roda³¹, que preconiza a participação de representantes dos atores institucionais, docentes, estudantes e técnicos administrativos, permitindo obter a percepção dos envolvidos no processo de formação.

O instrumento possui cinco eixos conceituais: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários de Prática e Desenvolvimento Docente. Cada eixo está organizado em vetores, a partir dos quais são elencadas as perguntas presentes no instrumento. Cada pergunta apresenta três alternativas relacionadas à tipologia das escolas: 1) tradicional (T), que indica uma escola orientada para os aspectos biomédicos; 2) inovadora (I), que indica uma escola em situação de inovação; ou 3) avançada (A), que apresenta uma situação característica do modelo da integralidade em atendimento às DCN.

O grupo de atores institucionais, em reunião realizada com o objetivo de discutir e preencher o instrumento, escolheu a opção que representava predominantemente a escola naquele momento e elaborou uma resposta justificando a escolha da alternativa e outra descrevendo as evidências para a opção escolhida.

Neste artigo, serão apresentados e analisados os resultados obtidos nas justificativas e evidências do eixo Desenvolvimento Docente e de seu vetor – Participação dos Docentes nos Serviços de Assistência –, buscando explorar a realidade das práticas de integração ensino-serviço-comunidade que ocorrem na escola.

As respostas foram identificadas por escola médica, utilizando a sigla CAES seguida de uma numeração e das letras T (tradicional), I (inovadora) ou A (avançada) como em CAES1886 – A.

As respostas foram transcritas em um único texto e submetidas à análise de conteúdo de Bardin³², seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com garantia de anonimato e consentimento livre e esclarecido das escolas médicas participantes (CEP/UFSM /CONEP/MS nº 0150.0.243.000-07).

Resultados e discussão

Das 41 escolas médicas pesquisadas, 18 são instituições de ensino superior (IES) privadas (15 sem fins lucrativos e três com fins lucrativos) e 23 são IES públicas (14 federais, oito estaduais e uma municipal). Quanto à tipologia, duas se consideraram tradicionais (T), 19 inovadoras (I) e vinte avançadas (A).

Emergiram da análise de conteúdo quatro categorias, analisadas a seguir: 1) Fortalezas da participação docente no sistema de saúde, 2) Fragilidades na participação do docente no sistema de saúde, 3) Integração dos preceptores ao ensino e 4) Articulação institucional ensino-serviço.

Fortalezas da participação docente no sistema de Saúde

Fatores que se revelam como fortalezas para a integração do docente com o sistema de saúde foram citados pelos atores institucionais, como: vínculo empregatício na rede de Saúde; atuação como membros de conselhos municipais de saúde ou participação no planejamento de saúde local; escolas estruturadas em prática docente assistencial e escolas com projeto pedagógico baseado em metodologias ativas.

Em algumas instituições, os docentes também são profissionais da rede de saúde, atuando como gestores municipais. Essa relação interinstitucional pode ser considerada um potencial facilitador da integração ensino-serviço, visto que favorece a articulação e organização das atividades de ensino nos diversos cenários dos serviços³³:

A maioria dos docentes envolvidos com o curso possui vínculo interinstitucional (universidade-serviço público de saúde). (CAES 8234-I)

Docentes que atuam nesta mesma unidade já ocuparam a Secretaria de Saúde do município em algumas ocasiões. (CAES 28544 – A)

Há professores que representam a universidade nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde e participam de reuniões de planejamento. Essa participação, no entanto, na visão do grupo pesquisado, fica restrita às reuniões de planejamento, remetendo a uma possível descontinuidade desse processo. A construção participativa do sistema de saúde está prevista nas DCN²², visando compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração das políticas de saúde:

Os docentes participam pontualmente das reuniões de planejamento das unidades de saúde da atenção básica. (CAES 8206 – A)

Participação de docentes da Faculdade de Medicina, representando a universidade no Conselho Municipal e Estadual de Saúde. (CAES 15263 – T)

Embora o vínculo e o cargo/função assumidos na rede pública de saúde sejam encarados como um ponto positivo, eles dependem das pessoas que os assumem e podem ser fatores apenas temporários para a desejada integração. É necessário um investimento institucional duradouro para evitar a descontinuidade do processo de integração.

Algumas escolas têm ensino estruturado na prática docente assistencial e utilizam diversos cenários de aprendizagem. O PET-Saúde é considerado uma evidência de sucesso dessa articulação ensino-serviço-comunidade: “Esta escola predominantemente possui ensino estruturado na prática docente assistencial. É uma prática incorporada há mais de três décadas, sendo essa faculdade pioneira na integração ensino-serviço. O PET-Saúde é um bom exemplo desta prática” (CAES 14756-A).

Ressalta-se que o resultado positivo das iniciativas de alguns programas, como PET-Saúde, é atribuído ao trabalho e à motivação dos docentes envolvidos³⁴, considerados catalizadores das ações indutoras de mudanças.

As estratégias de integração ensino-serviço, como o PET-Saúde, o Pró-Saúde e o Estágio de Vivências no SUS, além de sua potência como políticas indutoras de mudanças, sinalizam avanços no tocante à integração ensino-serviço; à ruptura com a fragmentação dos saberes e práticas em saúde; à inovação dos métodos de ensino; e ao estímulo à pesquisa e à educação interprofissional^{10,34-37}.

Apesar do avanço que essas estratégias trazem para a integração ensino-serviço, deve-se ter em mente que, como iniciativas governamentais, podem ter caráter temporário e sem garantia de continuidade.

Escolas com projetos pedagógicos baseados em metodologias ativas parecem favorecer a execução de atividades de ensino nos serviços de saúde, já que nesse tipo de abordagem geralmente o ingresso dos estudantes nos diversos cenários de práticas acontece desde o início do curso^{22,38-40}.

Nesta pesquisa, os atores dessas iniciativas ainda se limitam ao ciclo profissional, excluindo do processo a formação ocorrida no ciclo básico. Na citação seguinte, constata-se a permanência da fragmentação do conhecimento em ciclos:

Como a metodologia de ensino-aprendizagem empregada é ativa, isso acaba por mobilizar os professores a utilizar vários cenários de aprendizagem para favorecer a construção do conhecimento e a avaliação, embora só se aplique a professores da área profissionalizante, pois os professores das áreas básicas não são incluídos nesse processo. (CAES 17831-I)

O avanço proporcionado por transformações preconizadas pelas DCN nas estratégias de ensino dos cursos da área de Saúde tem sido incorporado inicialmente pelos currículos das instituições de ensino e pela obrigatoriedade ditada pelas instâncias superiores, na iniciativa nos cursos em criação, e mais tarde pode ter continuidade pela disseminação de seus benefícios.

Fragilidades na participação do docente no sistema de Saúde

As fragilidades na integração dos professores com os serviços de Saúde apareceram na pesquisa em duas vertentes. Na primeira, de cunho institucional, os serviços limitam a participação docente ao planejamento de suas ações, e na segunda, de cunho pessoal, o docente não se envolve com as atividades de ensino nos serviços mesmo quando são previstas pelas IES.

Em relação às vertentes de cunho institucional, as escolas escreveram:

O planejamento do sistema de saúde não permite a participação efetiva do docente. (CAES 17353 – I)

Apesar dos docentes participarem dos serviços de saúde, não se evidencia influência efetiva no seu planejamento. (CAES 5979 – A)

Fica claro que os docentes enfrentam dificuldades de participação em situações de discussão e de planejamento de ações do sistema de Saúde, o que minimiza a possibilidade de participação efetiva na organização dos serviços, principalmente no que tange às ações de ensino.

Os serviços do SUS enfrentam, sem dúvida, dificuldades organizacionais relacionadas à gestão do trabalho em detrimento das diferenças inter e entrar-regionais de um país com uma federação⁴¹ complexa e específica, que pode limitar a participação docente. Por isso, o planejamento local do SUS deve ser compartilhado e compreendido tanto pelos gestores quanto pelos profissionais dos serviços e pela população assistida⁴², além de docentes e gestores das IES.

Quando o professor é impossibilitado de participar do planejamento dos serviços, deixa de exercer o papel social de agente mobilizador de mudanças que deveria ter na comunidade. O compromisso do docente com a comunidade, além da prestação de serviços, tem relação com a convicção de que as tentativas de transformar o ensino em uma prática justa e democrática não podem se desligar de uma pretensão semelhante para a sociedade como um todo e, portanto, devem estar engajadas com as necessidades da população^{43,44}.

As fragilidades de cunho pessoal também aparecem no estudo:

Apesar de ser política institucional, não há adesão plena dos docentes para participação nos serviços de saúde. (CAES 26712 – I).

Os docentes têm resistência para participação na formação promovida pela rede. (CAES 25496 – I)

Em algumas IES, a integração com os serviços é prevista no planejamento das atividades e está instituída como política institucional. Nessas instituições, as fragilidades para participação dos professores nos serviços estão associadas à resistência pessoal e ao desinteresse docente.

Falta aos docentes a possibilidade de reconhecer e analisar os fatores que limitam sua atuação e de ver a si mesmos como agentes potencialmente ativos e comprometidos a alterar situações^{33,35}. Os educadores precisam entender a realidade socioeconômica e cultural que os cerca, para que possam redimensionar seus conhecimentos e suas responsabilidades sociais e profissionais³⁵.

Para que os docentes possam agir e intervir nas políticas instituídas, é preciso que se apropriem de normas e saberes e aprendam a gerir as variabilidades que o cotidiano apresenta em sua historicidade⁴⁵. Para o enfrentamento dessas fragilidades, tanto institucionais quanto pessoais, é necessário que as IES invistam na sensibilização docente com programas de formação, visando à atuação e ao engajamento nas propostas de integração ensino-serviço.

Integração dos preceptores ao ensino

Os profissionais dos serviços de saúde atuam como preceptores durante as atividades de ensino na atenção básica e no internato:

Os profissionais dos serviços (médicos e enfermeiros) têm participação na docência como preceptores, principalmente na atenção básica. (CAES 12451-A)

Profissionais dos serviços são preceptores do internato. (CAES 8385 – A)

Os dados demonstram que a relação do preceptor com o ensino está, de um modo geral, limitada a questões técnicas e normativas, visando ao cumprimento das atividades previstas nos projetos pedagógicos. Por esse motivo, torna-se necessário promover momentos de discussão entre os envolvidos para que cada indivíduo perceba sua corresponsabilidade no processo de formação de profissionais de saúde⁴⁶.

O preceptor atua no ambiente de trabalho e de formação. Sua função apresenta características fundamentalmente docentes, visto que atua em atividades que capacitam futuros profissionais para exercerem atividades práticas. Assim, ao propiciar capacitação pedagógica aos preceptores, a universidade reafirma seu compromisso com a saúde da população brasileira e estreita os laços que envolvem educação, saúde e sociedade^{47,48}.

Articulação institucional ensino-serviço

A participação docente nos serviços assistenciais foi referida pelos atores institucionais como uma abordagem direcionada ao âmbito institucional, ou seja, o foco deixou de ser o professor e foi direcionado para as relações entre as instituições de ensino e os serviços.

Em algumas instituições, a interação da IES com o sistema de Saúde ainda é rudimentar, dadas a falta de política institucional e a ausência da participação e representação do curso nas instâncias do sistema de Saúde:

Há ausência de diálogo entre o sistema de Saúde e a IES e o planejamento municipal e estadual é precário na sua efetivação, não dialoga com a universidade. (CAES 25496 – I)

Mesmo a universidade estando nos diversos cenários de prática do sistema público de saúde, há pequena interação entre ensino e serviços de assistência. (CAES 17353 – T)

Operacionalmente, a universidade deve se preocupar em identificar as necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo pactos de responsabilização e participação coletiva entre docente/discente¹. Torna-se fundamental, nessa relação, que os produtos e práticas dos serviços de saúde possam fazer parte do ensino na instituição, rompendo com a lógica hegemônica em que o serviço reproduz o modo de fazer acadêmico⁴⁹.

Quanto às articulações existentes entre a IES e os serviços, os cursos revelam que o principal elemento que fortalece essa interação consiste na participação das IES em reuniões e no planejamento dos serviços:

A universidade, por meio do curso de medicina, está bastante envolvida no planejamento e avaliação do sistema de saúde local e encontra-se integrada com o SUS local. (CAES 12451-A)

Há a participação da universidade nas reuniões de equipe nas unidades de saúde da família e participação nas reuniões do setor de educação permanente nos hospitais de referência. (CAES 8206-A)

Faz-se necessária a aproximação entre as instituições formadoras e o mundo do trabalho, o que pode fortalecer a integração ensino-serviço com a compreensão do processo de trabalho e da realidade social e promover no ensino uma inovação pedagógica⁵⁰. Nesse percurso, o Coapes como processo de contratualização torna-se uma importante ação política para fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidade²⁵.

A universidade está repensando a interação do curso de Medicina com os serviços de Saúde, buscando ampliar os cenários de práticas e melhorar a interação com a comunidade. As experiências de integração ensino-serviço promovem avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde na reorganização do ensino e da assistência à Saúde e em relação à educação permanente: “A IES está se empenhando em melhorar o cenário atual de atenção à Saúde e em oferecer melhores cenários de práticas aos alunos” (CAES 23315 – A).

A superação de possíveis obstáculos envolve disposição para o diálogo e ampliação de ações, tanto por parte da academia quanto por parte dos serviços. Estratégias que têm se mostrado bem-sucedidas envolvem a sensibilização do gestor, parcerias formais entre academia e serviço e participação dos representantes da academia (docentes, estudantes e gestores) no controle social, como no Conselho Local de Saúde⁵¹. Persistem, entretanto, desafios a serem superados, sobretudo no compartilhamento de objetivos e no estreitamento das relações com base no diálogo⁵².

Ao se aproximar do sistema de Saúde, a universidade contribui para uma mudança de paradigma quanto ao isolamento e distinção entre as atividades denominadas de ensino e de serviço. Os mecanismos da gestão partilhada do processo de ensino-aprendizagem aumentam o grau de interferência mútua entre universidade e serviços de Saúde⁴⁹.

A partir das categorias analisadas e considerando o percurso histórico exposto na introdução deste artigo, a Figura 1 traz como eixo central o objeto de pesquisa Participação do Docente na Assistência, do qual emergem quatro categorias: 1 e 2, vinculadas ao papel docente; 3, relacionada aos preceptores; e 4, vinculada às relações entre instituição de ensino e sistema de Saúde.

No círculo seguinte, estão as ações e políticas indutoras de formação com os respectivos anos em que foram criadas, demonstrando sua força nesse movimento das relações entre ensino-serviço-comunidade.

No último nível da figura, encontra-se uma trilha que a circula continuamente, trazendo à tona a reflexão sobre a importância das práticas formativas para os docentes enquanto profissão e compromisso social.

A integração ensino-serviço é fundamental para a formação de futuros profissionais e também para o processo de formação permanente dos profissionais dos serviços e dos docentes⁴⁸. O processo de integração requer comunicação constante, comprometimento e disponibilidade de participação de todos os atores envolvidos¹².

Nos espaços de diálogo entre o trabalho e a educação, os profissionais dos serviços de saúde, docentes, estudantes e usuários vão estabelecendo seus papéis sociais.

Apesar de todas as possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço, é inquietante um relativo distanciamento entre os envolvidos¹. Por isso, refletir sobre a prática provoca o estreitamento das relações entre as instituições formadoras e assistenciais a partir da compreensão do processo de trabalho e da realidade social⁵⁰.

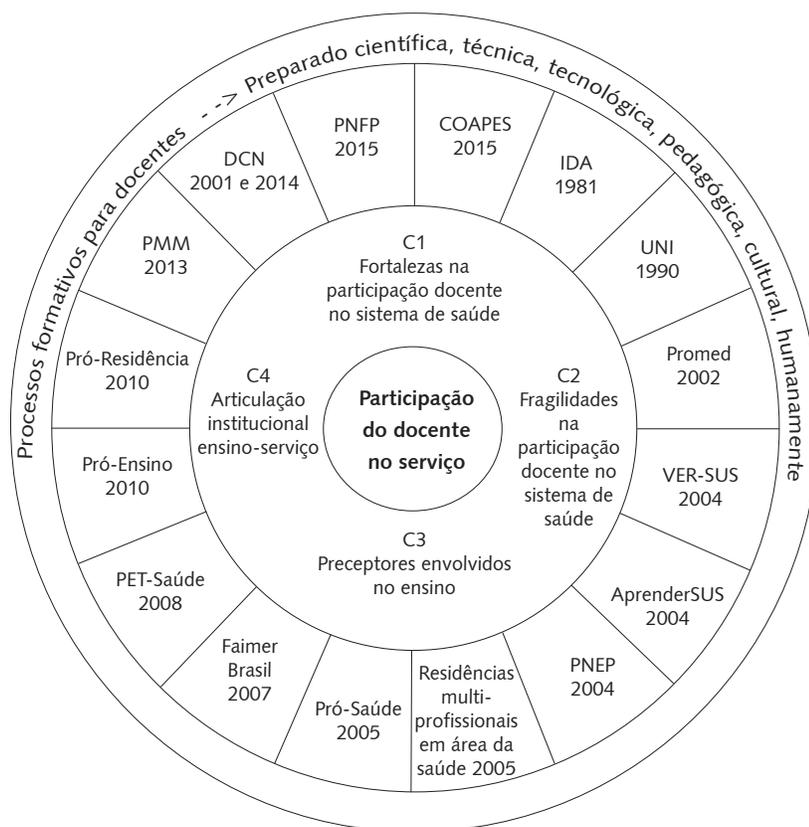


Figura 1. Esquema Ilustrativo representando em quatro níveis o objeto de pesquisa e seus desdobramentos em dados e base teórica

Praticar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas nos cenários de prática durante a graduação é fundamental para desenvolver nos egressos uma identidade profissional, política e humana, que tende a persistir em sua atuação profissional^{50,51}.

O docente é o articulador da interação ensino-serviço-comunidade e deve ser capaz de direcionar, juntamente com os alunos, reflexões críticas capazes de gerar uma formação emancipatória⁴⁴.

Assim, a ação docente na universidade precisa ser alvo de transformações e, para tanto, os processos formativos para os professores da Saúde devem buscar uma formação crítica, humanizada e compromissada. Como um profissional que realiza um serviço à sociedade, o professor universitário precisa atuar de forma reflexiva, crítica e competente, explicitando seu sentido, seu significado e sua contribuição no percurso formativo dos estudantes^{50,51}.

As DCN²² para os cursos médicos deixam claro, no artigo 34, que o curso deverá manter em caráter permanente o Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde. Deve-se enfatizar e planejar programas que valorizem o trabalho docente, para que o professor possa assumir maior compromisso com a transformação da escola médica.

Um programa de formação docente permanente precisa, também, integrar ensino-serviço-comunidade e ir além de uma mera formação técnica que reproduza protocolos pedagógicos para o uso de metodologias de ensino, pois não é um curso ou uma vivência isolada que transformará o professor em profissional da docência.

Essa transformação ocorre na interação do professor com os demais atores (estudantes, professores, coordenadores de ensino, pessoal administrativo e profissionais dos serviços) e com as várias oportunidades de formação⁵³.

Outro aspecto importante para o trabalho e formação docente na área da Saúde consiste em tomar a prática social como cerne dos programas de formação, visto que a prática social é o saber acumulado pelo indivíduo na sua história⁵⁴.

Considerações finais

Foram observados avanços na participação e envolvimento dos docentes nos serviços assistenciais de Saúde, segundo os atores institucionais. Identificaram-se, também, transformações curriculares para atender às DCN, que aproximaram os docentes e estudantes dos cenários de prática e potencializaram seu envolvimento com o ensino-serviço-comunidade. Programas que preconizam a integração ensino-serviços, como o PET-Saúde, foram considerados fortalezas nessa relação, evidenciando o potencial das políticas indutoras de mudanças.

O panorama obtido demonstrou, entretanto, que a integração ensino-serviço-comunidade ainda apresenta fragilidades e pode ser considerada incipiente por muitas ações serem descontextualizadas de sua importância política e social no processo formativo dos futuros profissionais.

A integração do ensino com o serviço permanece sob a ótica do cumprimento de regras institucionais para execução de ações previstas no currículo, e o contato dos professores e alunos com a rede de Saúde restringe-se às atividades de ensino.

Não há efetiva participação do docente no planejamento das atividades dos serviços, e os profissionais dos serviços, em geral, não colaboram com o planejamento das ações de ensino, ocasionando desencontros na execução das ações. Essa dicotomia pode levar à execução de ações desarticuladas com as necessidades reais dos serviços.

É preciso investir em processos formativos capazes de sensibilizar os professores para a ação além de sua função no ensino de conhecimentos específicos da área médica e que propiciem o reconhecimento de seu papel social como articulador na integração ensino-serviço-comunidade e potencial agente de mudanças.

Contribuições dos autores

Fabiana Aparecida da Silva participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e aprovação da versão final do trabalho. Nilce Maria da Silva Campos Costa, Jadete Barbosa Lampert e Rosana Alves participaram da coleta de dados e ativamente da discussão dos resultados, da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de doutorado e apoio financeiro conforme Edital no 24/2010. Ao Pró-Ensino na Saúde e a todos os atores institucionais das escolas médicas participantes da pesquisa.

Referências

1. 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.
2. Bollela VR, Germani ACCG, Amaral E. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: a experiência brasileira. In: Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E, organizadores. *Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 3-8.
3. Teófilo TJS. Políticas de indução à mudança na educação dos trabalhadores da saúde: matrizes discursivas do campo. *Saude Redes*. 2015; 1(3):73-86.
4. Almeida MJ. *Educação médica e saúde: a mudança é possível*. 2a ed. Rio de Janeiro: ABEM; 2011.
5. Presidência da República (BR). *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, (DF): Senado Federal; 1988.
6. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
7. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Dez 1990.
8. Kisl M, Chaves M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação W.K. Kellogg; 1994.
9. Ministério da Educação e Cultura (BR). Secretaria do Ensino Superior. *Programa de Integração Docente-Assistencial - IDA*. Brasília: MEC, SESU, CCS; 1981. (Cadernos da Ciência da Saúde).
10. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):779-91.
11. Sena RR, Leite JCA, Silva KL, Costa FM. Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da enfermagem. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(13):79-90.
12. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saude Soc*. 2013; 22(1):187-96.
13. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: MEC; 2001.
14. Ministério da Saúde (BR). Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria ministerial nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Ministério da Saúde (BR). Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de Outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
21. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Brasília; 2013.
22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CES/CNE nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
23. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015; 19(1):9-10.
24. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
25. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
26. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM, Parreira CMSF. Há pesquisa de ensino na saúde no Brasil? ABCS Health Sci. 2015; 40(3):146-55.
27. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-Da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):70-82.
28. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ, Gomes R, Hortale VA. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. Cienc Saude Colet. 2015; 20(1):279-88.
29. Ministério da Educação (BR). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Programas e Bolsas no país – DPB. Coordenação Geral de Programas Estratégicos – CGPE. Coordenação de Indução e Inovação – CII. Pró-Ensino na Saúde: Edital nº 024/2010. Brasília: MEC; 2010.
30. Bollela VR, Carvalho Junior PM, Araújo MNT, Ribeiro MGF, Campos HH, Amaral E. Instituto regional de educação para as profissões da saúde: o currículo FAIMER Brasil. Cad ABEM. 2016:12-6.
31. Lampert JB, Costa NMSC, Alves R. Ensino na saúde: modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças: método da roda. Goiânia: UFG; 2016.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. 6a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

33. Lampert JB, Aguilard da Silva RH, Perim GL, Abdala IG, Stella RCR, Costa NMSC. Projeto de avaliação tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):5-18.
34. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(1):817-29.
35. Leal JAL, Melo CMM, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(53):361-71.
36. Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(1):753-63.
37. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(1):743-52.
38. Morán, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: Souza CA, Morales OET, organizadores. *Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens.* Ponta Grossa: UEPG/PROEX; 2015. v. 2, p. 15-33. (Coleção Mídias Contemporâneas).
39. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
40. Marin MJS, Oliveira MAC, Otani MAP, Cardoso CP, Moravcik MYAD, Conterno LO, et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(3):967-74.
41. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-97. (Série Saúde no Brasil).
42. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(1):1565-77.
43. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ.* 2006; 40(4):301-13.
44. Contreras J. A autonomia de professores. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2012.
45. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis.* 2012; 22(2):423-40.
46. Gonçalves CNS, Corrêa AB, Simon G, Prado ML, Rodrigues J, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. *Rev Enferm UFPE.* 2014; 8(6):1678-86.
47. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3):363-73.
48. Rocha HC, Ribeiro VB. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(3):43-50.
49. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(44):187-99.
50. Reibnitz KS, Daussy MFS, Silva CAJ, Reibnitz MT, Kloh D. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1/2):68-75.
51. Panúncio-Pinto MP, Rodrigues MLV, Fiorati RC. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2015; 48(3):257-64.

52. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletronica Enferm.* 2014; 16(1):228-37.
53. Masetto MT, Gaeto C. Docência com profissionalidade no ensino superior. *Braz Geogr J.* 2013; 4(1):299-310.
54. Triviños AS. A dialética materialista e a prática social. *Movimento.* 2006; 12(2):121-

Silva FA, Costa NMSC, Lampert JB, Alves R. Papel docente en el fortalecimiento de las políticas de integración enseñanza-servicio-comunidad: contexto de las escuelas médicas brasileñas. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 1):1411-23.

Este artículo analiza la participación e integración de docentes en los servicios asistenciales de Salud a partir de la percepción de actores institucionales de escuelas médicas en Brasil. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó para colecta de datos el instrumento Método de la Rueda y análisis de contenido como técnica de análisis de los datos. En la investigación participaron 41 cursos de graduación en Medicina, siendo 18 privados y 23 públicos. Los resultados muestran que la participación docente y la integración enseñanza-servicio se limitan al cumplimiento de acciones previstas en los proyectos pedagógicos de los cursos, algunas veces fuera del contexto de la realidad de los servicios. Se concluye que para fortalecer políticas de integración enseñanza-servicio-comunidad es necesario invertir en formación docente, sensibilizando a los profesionales de la enseñanza para una efectiva integración con el sistema de Salud y reconocimiento de su papel social como agente de cambios.

Palabras clave: Enseñanza-servicio. Formación docente. Educación médica.

Submetido em 08/02/17. Aprovado em 06/04/18.

