



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCA ALANNY ARAÚJO ROCHA

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE DOCENTES DE ENSINO
SUPERIOR E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM JUAZEIRO DO NORTE: ESTUDO DE CASO.**

SOBRAL

2013

FRANCISCA ALANNY ARAÚJO ROCHA

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE DOCENTES DE ENSINO SUPERIOR
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
JUAZEIRO DO NORTE: ESTUDO DE CASO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

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

SOBRAL

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- R573c Rocha, Francisca Alanny Araújo.
Colaboração interprofissional entre docentes de três instituições de ensino superior e os profissionais de saúde da estratégia saúde da família em Juazeiro do Norte: estudo de casos múltiplos / Francisca Alanny Araújo Rocha . – 2013.
106 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
- Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
Coorientação: Profa. Me. Ana Ester Maria Melo Moreira.
1. Saúde pública. 2. Serviços de Integração Docente-Assistencial. I. Título.

CDD 362.1

FRANCISCA ALANNY ARAÚJO ROCHA

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE DOCENTES DE ENSINO SUPERIOR
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
JUAZEIRO DO NORTE: ESTUDO DE CASO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

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

Aprovado em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Eliana Golfarb Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

|

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus acima de tudo, pois foi ele que não permitiu que eu desistisse em nenhum momento quando eu decidi ingressar no mestrado, mesmo diante de um processo seletivo que dificultava todas as minhas expectativas;

A minha família, que sempre me apoiou e compreendeu os momentos de ausência, em especial a minha filha, Maria Tereza, que nasceu durante o curso do mestrado e renovou minha força e minha perseverança;

Aos mestres, que não me arrisco a citar nomes, porque posso cometer o erro de esquecer algum;

A minha orientadora, Ivana Barreto, pela paciência e pelas horas dedicadas a este estudo para garantia de sua qualidade;

A minha co-orientadora, Ester, por sua excelente contribuição para o delineamento da pesquisa;

As professoras Socorro Dias, Fátima Antero e Eliane Cirino, que participaram das bancas de qualificação e defesa e pontuaram excelentes contribuições para o desenvolvimento da pesquisa;

Aos colegas queridos do mestrado, Amélia, Mary, Paulo, Luisa, Andréa e todos os outros, que caminharam junto comigo nesta árdua tarefa;

Aos professores, gestores e demais colaboradores do sistema de saúde escola de Juazeiro do Norte que prontamente se fizeram disponíveis em contribuir com a pesquisa;

Ao colega Magno Araújo, que disponibilizou o seu estudo sem nenhuma restrição para auxiliar na condução desta pesquisa;

A minha amiga Adelane, que me auxiliou para o ingresso no mestrado;

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.” (José de Alencar)

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, do tipo exploratório. O referencial teórico que orientou a criação, o desenho e o processo de coleta dos dados, a criação dos instrumentos de pesquisa e a posterior análise do corpus de dados integralizado no trabalho de campo foi o conceito de colaboração interprofissional e a Tipologia da Colaboração Interprofissional de D'AMOUR *et al.*(2008). O estudo ocorreu no município de Juazeiro do Norte onde foi investigado o processo de colaboração de gestores e docentes de três IES privadas que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como campo de estágio curricular para os seus discentes, e gestores e profissionais das equipes da ESF. A coleta de dados ocorreu durante o mês de agosto de 2011 e em outubro de 2012, tendo-se utilizado as seguintes técnicas: diário de campo, entrevista aberta e revisão e análise de documentos com registro de acordos e parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e as IES. Analisou-se cada instituição separadamente, discutindo o processo de colaboração interprofissional entre docentes e profissionais de saúde, considerando quatro dimensões: governança, objetivos e visão compartilhadas, formalização e internalização, e dez indicadores do modelo, reproduzido de forma esquemática no gráfico de Kiviat. Para a construção do gráfico de cada IES, analisou-se as falas dos entrevistados, buscando promover a transversalidade das entrevistas dos profissionais do sistema municipal de saúde, o que permitiu visualizar o nível de colaboração entre as organizações. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), protocolo nº 911. Desta forma, considerando a questão proposta, as inferências quanto à colaboração interprofissional entre as IES investigadas e a ESF contribuem de forma bastante incipiente para a qualidade da formação de graduandos e a educação permanente dos profissionais da ESF, apresenta muitas fragilidades. O espaço de trabalho das unidades de saúde parece não ser visto como campo comum para professores, estudantes e profissionais de saúde e isso resulta provavelmente da falta de lideranças que induzam a integração, objetivando o fortalecimento de práticas qualificadas de saúde à comunidade. Ademais a investigação revelou a importância da articulação interinstitucional e interprofissional para a promoção de atividades, como as de educação em saúde, que acabam sendo deixadas em segundo plano pela burocratização dos processos de trabalho e pela demanda imediata que precisa ser atendida nas unidades da ESF. Seria fundamental uma aproximação dos profissionais de saúde à literatura que trata da integração ensino-serviço para que haja clareza do que significa e do que propõe. Apesar das limitações da pesquisa, que não avaliou, por exemplo, os resultados deste processo na formação profissional, esta pode contribuir para despertar nos gestores de IES e de sistemas e serviços de saúde a necessidade de estreitar laços para contribuir com o fortalecimento da qualidade da atenção, da promoção e da educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional; Educação Permanente em Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

This is a case study, qualitative approach, exploratory. The theoretical framework that guided the creation, design and the process of data collection, creation of research tools and further analysis of the data corpus paid field work was the concept of interprofessional collaboration and Typology of Interprofessional Collaboration D'AMOUR et al. (2008). The study took place in the town of Juazeiro where we investigated the collaborative process of managers and teachers from three private institutions that adopt the Family Health Strategy (FHS) as a field internship curriculum for their students, and managers and professional teams FHS. Data collection occurred during the month of August 2011 and in October 2012, having used the following techniques: field diary, open interview and review and analysis of documents with registration agreements and partnerships between the Municipal Health and HEIs. We analyzed each institution separately, discussing the process of interprofessional collaboration between teachers and health professionals, considering four dimensions: governance, shared goals and vision, formalization and internalisation, and ten indicators of the model reproduced schematically in chart Kiviat. To construct the graph of each IES, analyzed the interviewees' discourse, seeking to promote the mainstreaming of interviews of professionals from the municipal health system, which allowed visualization of the level of collaboration between organizations. The study was submitted to the Ethics Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Protocol n ° 911. Thus, considering the question posed, the inferences regarding interprofessional collaboration between IES investigated and the ESF contribute incipient to the quality of undergraduate training and continuing education of professionals FHS has many weaknesses. The workspace of health facilities does not seem to be seen as a common ground for teachers, students and health professionals, and it probably results from a lack of leadership that lead the integration, aiming at strengthening practices qualified health community. Further research revealed the importance of inter-institutional and inter to promote activities such as health education, which end up being left in the background by the bureaucratization of work processes and the immediate demand that must be met in FHS units. It would be a fundamental approach of health literature that deals with the integration of teaching and service to bring clarity of what it means and what it proposes. Despite the limitations of the research, we did not assess, for example, the results of this process in vocational training, this can help to awaken in IES managers and health care systems and the need for closer ties to contribute to strengthening the quality of attention, promotion and continuing health education.

Keywords: Interprofessional collaboration; Continuing Education in Health, Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMJ	Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte
HRC	Hospital Regional do Cariri
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEL	Núcleo de Empregabilidade Leão
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programas de Agentes de Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SSS	Sistemas e Serviços de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URCA	Universidade Regional do Cariri
URSS	União Soviética

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de colaboração interprofissional.....	38
Figura 2 – Modelo de gráfico Kiviat.....	43
Figura 3 – Localização geográfica do município de Juazeiro do Norte.....	46
Figura 4 - Atores envolvidos nas ações de colaboração.....	64
Figura 5 – Gráfico Kiviat da IES A	65
Figura 6 – Gráfico Kiviat da IES B.....	73
Figura 7 – Gráfico Kiviat da IES C.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos indicadores de colaboração interprofissional.....	39
Quadro 2– Indicadores e níveis de análise	41
Quadro 3 – Unidades de saúde de Juazeiro do Norte.....	50
Quadro 4 – Número de indivíduos entrevistados por IES que pertence	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Rede Física Municipal de Saúde.....	48
---	----

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa	20
2	Objetivos	21
2.1	Geral	21
2.2	Específicos	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	Política de Educação Permanente em Saúde	22
3.2	Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	28
3.3	Colaboração Interprofissional	35
3.3.1	<i>Tipologia da Colaboração Interprofissional Segundo D'Amour et al (2008)</i>	38
4	METODOLOGIA	46
4.1	Tipo e Abordagem do Estudo	46
4.2	Cenário do Estudo	47
4.2.1	<i>Sistema de Saúde de Juazeiro do Norte</i>	49
4.2.2	<i>Instituições de Ensino Superior</i>	53
4.3	Coleta de Dados	55
4.3.1	<i>1ª Fase da Pesquisa- Aproximação com o Campo</i>	55
4.3.2	<i>2ª Fase da Pesquisa</i>	57
4.4	Análise dos Dados	59
4.5	Aspectos Éticos	61
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	62
5.1	Ações de Colaboração Interprofissional da interface IES/ ESF	62
5.2	Análise Documental	64

5.2.1	<i>Modelo de Convênio para Concessão de Estágio</i>	64
5.2.2	<i>Relatório Anual de Gestão</i>	65
5.3	Análise da Colaboração Interprofissional das Instituições de Ensino Superior segundo D’Amour <i>et al</i> (2008)	67
5.3.1	<i>IES A</i>	67
5.3.2	<i>IES B</i>	74
5.3.3	<i>IES C</i>	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA DE PESQUISA	93
	APÊNDICE B- PROJETO DE PESQUISA COLABORAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR E SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTUDO DOS CASOS DE JUAZEIRO DO NORTE E SOBRAL – CEARÁ	94
	ANEXO A- Convênio	95

APRESENTAÇÃO

O estudo tem como iniciativa discutir o tema da Colaboração Interprofissional no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) com docentes e profissionais de saúde de Juazeiro do Norte-CE. Apresenta o caso singular do processo de colaboração interprofissional de três instituições de ensino privadas: Faculdades Leão Sampaio, Faculdade Juazeiro do Norte e Faculdade Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte, que realizam suas atividades didáticas na rede municipal e estadual de saúde deste município.

Esta pesquisa integra uma investigação mais abrangente, intitulada de: Colaboração entre instituições de ensino superior e sistemas municipais de saúde: estudo dos casos de Juazeiro do Norte e Sobral – Ceará, pertencente ao Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa e Estímulo a Interiorização, Edital 02/2010, tendo como pesquisadora responsável Dra. Ivana de Holanda Cunha Barreto.

Os critérios utilizados para a seleção dos municípios citados, na delimitação da pesquisa referida foram os seguintes: municípios de grande porte (acima de 100.000 habitantes), que possuíssem instituições de ensino superior na área de saúde, públicas ou privadas, e um sistema de saúde com redes de serviços primários, secundários e terciários. Juazeiro do Norte e Sobral atendiam a estes pré-requisitos, e, ademais, destacavam-se por serem duas cidades do Ceará, onde houve um incremento na formação de profissionais na área de saúde, há cerca de uma década, a partir da instalação de cursos de medicina, privado na primeira, e público, na segunda.

O estudo da Colaboração Interprofissional entre docentes e profissionais de saúde da ESF do município de Juazeiro do Norte foi selecionado pela autora do presente estudo como recorte. A mesma se encontra como sujeito implicado na cidade de Sobral, trazendo uma vasta experiência na Atenção Primária à Saúde, somando também o trabalho de preceptoriano Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), desde 2010, sendo o processo de colaboração interprofissional um fator preponderante para a aplicação do mesmo.

Quanto à delimitação do campo de estudo, considera-se o que pontua Marsiglia (1995), que esta integração entre ensino e serviço no contexto de saúde encontra condições mais fáceis em âmbitos políticos e sociais, que destacam: o conceito de saúde, incorporando a

qualidade de vida; uma abordagem dos sistemas de saúde como sistemas sociais completos e não setoriais; a perspectiva multidisciplinar para abordar os problemas de saúde; o desenvolvimento de estratégias de atenção primária; um avanço no planejamento estratégico e em tecnologias em administração dos sistemas de saúde e o desenvolvimento de sistemas de informação e comunicação. Portanto, é reconhecido que esse contexto se torna propício para a investigação pretendida, tendo em vista, que a ESF incorpora as estratégias destacadas.

Dessa forma, o corpo da pesquisa, como todo trabalho científico, apresenta os seguintes capítulos: introdução, a qual se destaca o esforço para a investigação da colaboração entre a Estratégia Saúde da Família e as Instituições de Ensino Superior, na tentativa de realizar um desenho dessa integração, pela possibilidade da análise do processo de colaboração interprofissional em um município de grande porte de um Estado do Nordeste do Brasil; revisão de literatura, que contempla os capítulos: Política de Educação Permanente em Saúde, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, Colaboração Interprofissional e Tipologia da Colaboração Interprofissional segundo D'Amour *et al.* (2008). Os autores estudados contextualizam a grande área da qual a referida pesquisa faz parte; a metodologia corresponde ao delineamento do percurso, desenvolvido para alcançarmos o produto final do estudo; análise dos resultados compreende três etapas: descrição das ações de colaboração, análise documental e da colaboração interprofissional, para a melhoria da qualidade da atenção e educação permanente na Estratégia Saúde da Família; por fim, as considerações finais do estudo, onde se concentram as expectativas e desafios assumidos com o desenvolvimento.

Convém ainda destacar para o leitor, que o desenvolvimento da pesquisa suscitou o reconhecimento da fragmentação da atenção à saúde, que ao contrário da perspectiva de desenvolver uma atenção promocional, preventiva e curativa para os sujeitos assistidos pelos serviços, ainda vivencia um modelo, que mantém uma hegemonia, com meios de comunicação deficientes e objetivos incomuns com as organizações que se mantêm no entorno dos processos. As organizações deveriam utilizar os espaços de atenção à saúde e se tornarem coadjuvantes à potencialização da qualidade das intervenções, com resultados suficientes para a prestação de uma atenção contínua à população, mantendo dessa forma um passo alinhado com a situação de saúde posta (MENDES, 2011).

1 INTRODUÇÃO

As rápidas mudanças em consequência do desenvolvimento acelerado, causado pela globalização, o modo de produção capitalista e o rápido processo de disseminação de tecnologias e conhecimentos refletem um ritmo de formação da sociedade do tipo individualista, mesclada e fragmentada (RAMOS, 2007; SANTOS, 2006).

Nesse contexto, manifestam-se especificidades nos campos do trabalho e educação. A interlocução do mundo do trabalho com o mundo do ensino requer indivíduos capazes de se adaptar a novas realidades. No campo da educação, a transmissão tradicional do conhecimento tem sido questionada, pois os processos educacionais em saúde buscam desenvolver integração entre a dimensão cognitiva e a produção de subjetividade que emerge da realidade social do educando considerando educação como prática social (RAMOS, 2007; ALMEIDA *et al.*, 1999).

O envolvimento entre trabalho e educação, para o setor saúde, permite que o último seja posto como intercessão destes dois campos para a aquisição de uma atenção qualificada e uma formação profissional flexível, adaptável e orientada para o trabalho em conjunto. Esta discussão para as organizações acadêmicas e de saúde, apresenta como estratégia para sua viabilização, a parceria docente-assistencial.

Entende-se, assim, que a articulação se fortaleça, e o vazio existente entre academia e os serviços de saúde, seja substituído pela colaboração mútua entre estas duas organizações, vislumbrando objetivos comuns dos seus atores (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Nesta perspectiva, a colaboração interprofissional, considerada uma articulação que envolve cooperação e esforço concentrado dentro de um contexto definido para a prestação de cuidados de saúde, demarcando variadas categorias profissionais, é uma chave para impulsionar o sistema de saúde ao contínuo aperfeiçoamento, sendo baseada na premissa de que as instituições que tenham interfaces nas suas missões devam trabalhar em parceria para oferecer melhores serviços e obter melhores resultados do seu trabalho (BARR& LOW, 2012; DENIS& LEHOUX, 2009; D'AMOUR *et al.*, 2008).

O processo de colaboração entre organizações de saúde não é simples e requer infraestrutura adequada; o emprego de diversas tecnologias, como linhas de cuidado; sistemas

de informação inteligentes; estrutura logística, entre outras, assim como no caso da colaboração entre Instituições de Ensino Superior (IES) e Sistemas e Serviços de Saúde (SSS), também apresenta uma integração complexa (MENDES, 2011). Esse processo pressupõe que as IES, cuja missão é formar profissionais de saúde com qualidade e os Serviços de Saúde que, por sua vez, tem como principal objetivo prestar atenção de qualidade a população, sejam capazes de operar conjuntamente, uma contribuindo para o cumprimento da missão da outra (BARRETO, 2010).

O processo de colaboração deve ser considerado permanente e contínuo, sendo necessário apreciar a realidade que se propõe, sem dicotomia entre teoria e prática, como uma articulação entre ensino e serviço, contribuindo para a formação, práticas de saúde e na melhor atenção às necessidades da comunidade, dando qualidade à assistência prestada, possibilitando a formação contextualizada dos profissionais de saúde e produzindo pesquisas (OLSCHOWSKY, 1995 apud BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

No campo da formação de trabalhadores de saúde, diversos estudos, em diferentes países, sugerem uma articulação de ensino e serviço, num esforço colaborativo, como estratégia de melhoria da formação e da educação continuada. Essa premissa procura submeter os profissionais a uma unificação social desvinculando-os da idéia de núcleo fechado de cada categoria profissional, pois isso é considerado um problema que ameaça a aquisição integrada de conhecimentos técnicos e a compreensão contextual, as habilidades práticas e a internalização de valores essenciais, capazes de produzir um profissional informado, curioso, compassivo, proficiente e ético (COOKE *et al.*, 2006; PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

Nessa perspectiva, Campos (2006) destaca que o processo de formação dos profissionais não ocorre apenas nos espaços formais de ensino e não só depende de livros e professores, pois durante o trabalho há formação, e sua sistematização ocorre a partir da criação de dispositivos e arranjos que estruturam esse processo no cotidiano, servindo para a construção de projetos de aprendizado.

A adoção dessa metodologia, com base na prática e em problemas concretos, representa o conceito do autor antes referido para educação permanente em saúde, que corrobora com Ceccim e Feuerwerker (2004) sobre a qualificação a partir da problematização do processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas e da sua própria organização, implicando o envolvimento interinstitucional e/ou intersetorial.

A possibilidade da criação de meios de interlocução entre instituições docentes e assistenciais para a socialização dos objetivos deve ser considerada por permitir, a partir dessa interação, o trabalho mútuo e o benefício para ambas as partes (SOUZA *et al.*, 2008). A instituição de ensino pode ser beneficiada pela garantia do aprendizado dos seus alunos, abertura do campo de estágio e apoio dos profissionais, modificando substancialmente as estratégias de ensino, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas. Em relação ao serviço de saúde, o envolvimento em um processo de educação permanente e o apoio na execução das tarefas para a prestação de um atendimento de qualidade à população assistida, recomenda-se os princípios do SUS (ALMEIDA *et al.*, 1999).

A política de educação permanente para profissionais de saúde, considerada como estratégia sistemática e global, provê estas mudanças nas práticas, com o intuito de modificar as atividades institucionalizadas dos serviços, tendo o privilégio de utilizar o conhecimento prático e a reflexão compartilhada e sistemática em suas ações educativas (BRASIL, 2009; NUNES *et al.*, 2008), portanto, a colaboração interprofissional, a partir da integração ensino-serviço, representaria uma mola propulsora para adoção do processo de educação permanente, que propõe como resultado duas mudanças essenciais para o SUS: alterar os processos de trabalho e o paradigma biomédico de formação em saúde, com foco na doença e atenção curativa, a partir da fragmentação do indivíduo, para o paradigma da atenção integral e da promoção de saúde (BARRETO, 2010; BRASIL, 2009).

De forma geral, faz-se necessário que a problematização a integralidade das ações, que estão sendo dispensadas para a formação profissional, a partir de atividades intersetoriais da área de saúde e as tarefas do setor da educação, considere o processo de colaboração entre as instituições de ensino superior e o sistema municipal de saúde de Juazeiro do Norte, com o intuito de atender o seguinte questionamento: Como ocorre o processo de colaboração interprofissional entre Instituições de Ensino Superior privadas e a Estratégia Saúde da Família?

A análise do estudo ancorou-se na tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour *et al.* (2008) e nos preceitos da Educação Permanente em Saúde, na tentativa de destacar como se dá esse processo de colaboração.

Esta tipologia adota quatro dimensões, e destas emergem dez indicadores e sua interação reúne os processos inerentes à colaboração, que se ancoram ainda na disposição de níveis para cada indicador, variando de 1 a 3, o qual 1 corresponde a uma colaboração latente

e 3, colaboração ativa. Estes indicadores e seus respectivos níveis detectados são dispostos em um gráfico denominado Kiviat ou Radar, o qual está descrito no capítulo 3, pág. 37.

1.1 Relevância e justificativa

O rico contexto histórico e as rápidas transformações por que passaram os serviços e sistemas de saúde no Brasil nas últimas duas décadas, somada a conseqüente problemática da formação e gestão de recursos humanos para saúde, deram ensejo a várias experiências e novos formatos e tecnologias educacionais (BARRETO, 2010).

Entre essas iniciativas, destacam-se as esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal e das instituições de ensino superior, que merecem ser investigadas e avaliadas para possibilitarem o aperfeiçoamento das políticas de formação, educação permanente e desenvolvimento profissional na saúde.

Dessa forma, concentram-se os esforços na investigação da colaboração entre a Estratégia Saúde da Família e as Instituições de Ensino Superior, na tentativa de realizar um desenho da integração, pela possibilidade da análise do processo de colaboração interprofissional em um município de grande porte de um Estado do Nordeste do Brasil, onde houve uma expressiva expansão do ensino superior em saúde nos últimos anos, pela identificação de fortalezas e pontos críticos do processo, auxiliando no planejamento futuro e, ainda, na possibilidade dos resultados da investigação poder fornecer pistas aos gestores de saúde e de educação, para a garantia do fortalecimento dessa parceria.

Considera-se como justificativa para o desenvolvimento do estudo, o enriquecimento da literatura científica nacional sobre uma temática que trata de estratégias propícias para a qualificação da atenção à saúde em nível primário, bem como o desenvolvimento teórico-conceitual, pelo delineamento de temas que estão envolvidos no processo.

2OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o processo de colaboração interprofissional entre a Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte e as Instituições de Ensino Superior em Saúde para a melhoria da qualidade da formação profissional e da educação permanente na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

Caracterizar ações de colaboração interprofissional entre as Instituições de Ensino Superior e a Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte no contexto da Estratégia Saúde da Família;

Analisar o processo de colaboração entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, professores e gestores das Instituições de Ensino Superior em Saúde, para a melhoria da formação profissional na Estratégia Saúde da Família;

Analisar o processo de colaboração entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, professores e gestores das Instituições de Ensino Superior em Saúde, para a educação permanente na Estratégia Saúde da Família;

Comparar o processo de colaboração interprofissional entre as três Instituições de Ensino Superior privadas e a Estratégia Saúde da Família do Sistema Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para que possamos compreender melhor as categorias teóricas que discutem sobre a colaboração interprofissional e, mais especificamente sobre a colaboração interprofissional que ocorre entre as IES e os Sistemas e Serviços de Saúde, apresentaremos neste capítulo, uma revisão de literatura destacando os temas que consideramos essenciais para a clareza de alguns pontos fundamentais.

Para isso, iniciaremos transcorrendo sobre a Política de Educação Permanente em Saúde. Em seguida, discorreremos sobre a Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família e finalizamos com a discussão do conceito de Colaboração Interprofissional e a Tipologia da Colaboração Interprofissional. (D'AMOUR *et al.*, 2008).

3.1 Política de Educação Permanente em Saúde

O reconhecimento da necessidade de trabalhar a educação dos cuidadores da saúde sempre foi uma preocupação da humanidade. Desde a época mágica da saúde, onde as práticas eram desenvolvidas por pajés até o reconhecimento da medicina como profissão, incorporando o ensino para o desenvolvimento da prática profissional (MACEDO, 1999).

No entanto, a forma como esta preocupação se expressa tem variado ao longo dos anos, e há mais de três décadas se busca desvencilhar da concepção de cuidado de saúde aliado apenas a uma enfermidade, para apropriar-se de uma prática mais apurada desenvolvida por profissionais que considerem os fatores causais para o tratamento de saúde, incorporando não só o caráter biológico, mas envolvendo o contexto cultural e socioeconômico em que o indivíduo se insere (HADDAD, DAVINI & ROSCHKE, 1994).

Desta forma, para destacar esta proposição de mudança na formação do profissional de saúde, convém mencionarmos a importante articulação conduzida na região das Américas, em 1974, durante a XIX Conferência Sanitária Panamericana, que emitiu uma resolução tendo como finalidade, à oferta de respostas satisfatórias as demandas e necessidades dos serviços de saúde, no que diz respeito à educação dos profissionais e a necessidade de apoiar os governos para dispor de estratégias que garantissem a atualização permanente dos mesmos (HADDAD, 1994).

Ainda de acordo com o mesmo autor, decorrido um ano após a emissão desta resolução, em 1975, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) convocou um grupo de estudo em sua sede para planificar e delinear a execução de medidas que garantissem a educação continuada dos profissionais de saúde. A discussão gerada por este grupo contribuiu para a elaboração de um informe e para a criação da Divisão de Recursos Humanos e Investigação da Organização, estimulando assim, o governo canadense a apoiar propostas que desenvolvessem o mesmo plano em outros países da região.

Esta iniciativa foi um marco para o levantamento de reflexões acerca dos processos formativos, com isto originou-se uma demanda de novos tipos de profissionais, técnicos de saúde e instituições formadoras incorporadas pela perspectiva da necessidade de transformação da teoria e das práticas em saúde no âmbito dos serviços para superar os problemas vigentes (HADDAD, 1994).

Os acontecimentos mencionados junto às várias reflexões formuladas e movimentos contra-hegemônicos são frutos de uma tendência de mudança na formação profissional e na atenção à saúde, correspondendo a um processo de educação que se faça contínuo no âmbito dos serviços e garantam uma atenção à saúde de qualidade.

Neste contexto, para garantir o preparo do profissional, a formação em saúde se propõe a ser qualitativa, valorizando o aprendizado concreto, e não quantitativa, prevendo apenas o acúmulo de certificações que não garantem a transformação do profissional no âmbito do serviço (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Propõe-se a desvinculação da formação em saúde do caráter exclusivamente biologicista e individualista que ignora as outras áreas de conhecimento. Propõe-se ainda incorporar o aprendizado em outros cenários de prática, além da instituição formal.

Segundo Franco (2007), as propostas educacionais diretivas incorporam a idéia de insuficiência dos trabalhadores, pois existe um senso comum que não valoriza o conhecimento gerado pelas experiências cotidianas do trabalho e gera estruturas de ensino como as que se ancoram na idéia da educação continuada, ou seja, transmissão de conhecimento, sendo esta insuficiente para provocar as transformações desejadas do processo de trabalho do profissional no SUS. Em oposição a estas concepções, destaca-se o termo Educação Permanente em Saúde (EPS).

O conceito de EPS compreende o processo de formação das pessoas/profissionais, que não ocorre apenas nos espaços formais de ensino. Durante o trabalho também há

formação e isso poderia ser sistematizado com a criação de arranjos que estruturassem esse processo no cotidiano. É necessário reconhecer que se aprende com os usuários, com os colegas de trabalho, com as outras profissões etc. Este conceito valoriza uma metodologia construtivista, com base na prática e em problemas concretos para armar o projeto de aprendizado (CAMPOS, 2006).

De acordo com Merhy (2005), a EPS tem de ter força para gerar no trabalhador o reconhecimento da necessidade de transformação de sua prática, a partir da problematização do seu agir em saúde e do seu posicionamento ético-político, tanto no trabalho individual quanto coletivo.

Seu objeto de transformação é o processo de trabalho, sendo este valorizado como um centro onde pode ser desencadeados processos de aprendizagem, que conduzam as ações de saúde para a qualificação da atenção prestada ao usuário dos serviços. No entanto, é importante reconhecer que nem todos os problemas são de origem educacional, mas que existem lacunas de conhecimento que são necessárias ser reconhecidas, pois representam estruturas explicativas dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo atitudes pedagógicas para responder a soluções técnicas (BRASIL, 2011).

Considerando esta necessidade de mudança, esta estratégia foi instituída como política pública no Brasil, com a pretensão de alinhar a formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) aos preceitos teóricos e práticos a serem adotados para o desenvolvimento das atividades laborais nesta nova configuração do setor saúde. Sendo assim, a implementação da EPS como política, iniciou-se a partir da aprovação no plenário do Conselho Nacional de Saúde, legitimada na 12ª Conferência Nacional de Saúde e apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2004 (CECCIM, 2005).

Este reordenamento requerido da formação e atuação nos serviços de saúde intensificou-se a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que levou milhares de médicos, enfermeiros e dentistas para trabalhar na Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o país, particularmente nas regiões mais pobres. Até agosto de 2011, o PSF, que passou a ser denominado, a partir de 1996, como Estratégia Saúde da Família (ESF), já tinha sido implantado em 5.284 municípios, com 32.079 equipes abrangendo mais de 96 milhões de brasileiros ou 50,8% da população (BRASIL, 2011).

Concomitantemente ao aumento progressivo da implantação de novas equipes da ESF, alguns estudos demonstraram que médicos, enfermeiros e dentistas formados no modelo biomédico, encontravam dificuldades para atuar neste novo contexto (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Constatou-se a necessidade de ações concretas para aproximar o perfil de competências dos profissionais de saúde as necessidades do trabalho na atenção primária, como as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (BARRETO, ANDRADE & OLIVEIRA, 2000).

A política de EPS representa para o campo da ESF a possibilidade de implantação de um sistema com elevada implicação com a qualidade de saúde, com a promoção da vida e com a valorização dos trabalhadores e dos usuários, empreendendo a formação e o desenvolvimento de um SUS desejado, que em seus preceitos apresenta como ideário uma atenção universal, equânime, altamente resolutiva e capaz de contribuir para o desenvolvimento de saúde das pessoas.

A capacitação e atualização dos profissionais, formuladas a partir desta política, apresentam como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor dando lugar à atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. A Educação Permanente tem como fim a geração de profissionais comprometidos com um objeto e com sua transformação, buscando atender as necessidades de saúde da população (CECCIM, 2005).

Seguindo esta perspectiva, observamos que a adoção desta reflexão compartilhada e sistemática no âmbito dos serviços está diretamente ligada aos modelos de gestão e estes, apresentam estratégias desconectadas da solução de problemas na prática.

Como se constata no paradoxo que se apresenta nas políticas de educação para o setor da saúde, onde por um lado existem muitos investimentos direcionados para esta área para desencadear processos de formação, mas por outro lado, o que observamos na prática são ações educativas executadas que promovem um baixo impacto na transformação do processo de trabalho dos profissionais do SUS (BRASIL, 2011).

Segundo Merhy (2005), na tentativa de problematizar a necessária mudança de curso dos gestores quanto às práticas de educação em saúde para os profissionais, o Ministério da Saúde, no Governo Lula, propôs como pauta nacional os Pólos de Educação Permanente.

Os pólos se referiam a mecanismos de articulação interinstitucional que deveriam funcionar como dispositivos do SUS para promoção de mudanças, tanto nas práticas de saúde

quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva. Estes Pólos incorporavam também a característica de encontro e integração entre educação e trabalho, e de formação e intervenção na realidade, a partir da articulação de docentes, estudantes, gestores e profissionais dos serviços (BRASIL, 2004).

Seguindo esta mesma discussão, revelamos os processos de integração ensino-serviço como meio transformador para garantir a reordenação de prioridades e finalidades da política de EPS.

Pontuamos ainda, o papel primordial das universidades como cogestoras deste processo pedagógico no e para o trabalho tanto dos futuros profissionais quanto dos que ali já se encontram executando suas atividades, tendo em vista que o conhecimento e a condução das ações dos serviços servirão como base para a aprendizagem dos alunos/profissionais (CECCIM& FEUERWERKER, 2004).

Nesta perspectiva, destacamos que as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação já apresentam o envolvimento dos preceitos da política de EPS, pois se destinam à transformação do modelo de atenção com o intuito de formar bons profissionais capazes de serem criativos no querer, no pensar e agir, oferecendo uma atenção integral, fortalecendo a promoção e prevenção (BRASIL, 2005).

Dentre as estratégias incorporadas pela adesão desta política no processo de ensino da graduação, está à idéia de desvincular-se de comportamentos pedagógicos para o repasse do conhecimento baseados na passividade do aluno, associada a uma grande carga horária teórica em detrimento de práticas no campo, que podem contribuir para a reflexão crítica do fazer em saúde, constituindo o termo em sua dimensão mais ampla (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004).

Além do mais, convém destacar, que a teoria em si não é capaz de formar o profissional, mas a sua associação com a prática é que permite o aprendizado significativo. Portanto, é importante reconhecer que esse aprendizado está muito além de uma transmissão de conhecimento professor- aluno, pautada nos moldes do autoritarismo, onde um domina o conhecimento e o outro é apenas mero expectador, com pouca ou nenhuma influência no processo de ensino-aprendizagem. A atenção à saúde que se propõe em acordo com o SUS e com os preceitos da política de educação permanente requer o envolvimento de vários atores e de alianças no serviço e no seu entorno, mediante as necessidades locais (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Esta articulação e envolvimento de alunos, profissionais, professores, gestores e todos os que estão imbricados com o processo de atenção à saúde, garantem o aprendizado significativo, pois incorporam múltiplos saberes, uma atualização técnica, metodológica e científica e a discussão do que se faz e do que pode ser feito para melhorar, tendo por fim a qualificação da assistência. Desta forma a construção do conhecimento passa pela problematização das ações e leva em consideração o saber e as experiências que as pessoas possuem. De acordo com Nunes *et al.* (2008), quando refletimos sobre as situações vivenciadas no trabalho, as propostas resultantes passam a ser mais reais e viáveis e permitem a descentralização de tarefas.

O compasso para a educação do aluno de graduação da área da saúde requer o abandono do tradicional e a incorporação de práticas libertadoras, dialógicas, coletivas e inovadoras, garantindo assim, competência para a tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e administração, tornando-o um profissional adaptável as mais variadas situações e capaz de trabalhar em equipe (ROSSONI& LAMPERT, 2004).

Considerando que os serviços de saúde pública, em grande parte, apresentam deficiências, seja de ordem estrutural, de gestão, ou ainda, em seus recursos humanos, este necessita de atores ativos e que se envolvam com profundidade em todo o processo de trabalho para revigorar as ações e relações estabelecidas de saúde. Portanto, permeando todo este cenário, destacamos que o aluno não se faz presente apenas como receptor para sua aprendizagem, mas está ali como sujeito ativo do processo.

Das demais expectativas da política de EPS está, mas não exclusivamente, a atualização do profissional, considerada uma responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com abordagem de conteúdos que priorizem as áreas estratégicas da Atenção Básica, gerada a partir da necessidade sentida no trabalho diário, considerando o apoio coletivo e não mais o ganho individual, pretensão anterior da educação continuada, antes já citada; mas para que isso seja de fato visto como necessário, os profissionais precisam reconhecer sua responsabilidade ética e política para com o serviço (BRASIL, 2006). Esta representa para o autor, o maior desafio para que a política entre em vigor nas esferas municipais e estaduais, seguida da interação eficiente do ensino com o serviço.

Corroborando com a discussão supracitada, ressaltamos Pinto e Teixeira (2011), que revelam também como um dos aspectos que desencadeia uma série de dificuldades para o

funcionamento adequado das proposições do SUS e, conseqüentemente da política de EPS, a questão dos recursos humanos, considerando-o como nó crítico para o processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país.

Por fim, consideramos que a política de EPS, em seus preceitos teóricos, apresenta proposições ambiciosas, mas necessárias, tendo em vista o ganho educacional, a melhoria da qualidade do serviço e à satisfação do usuário.

3.2 Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família

Na tentativa de aproximar os serviços de saúde da população, durante a segunda e terceira décadas do século XX, a noção de distritos sanitários e centros de saúde surgiram formulados a partir de autoridades sanitárias da época. Entre os centros de saúde, muitos eram responsáveis por um território e pela coordenação dos recursos provenientes dentro da área de atuação, atributos considerados essenciais nas conceituações atuais para caracterizar práticas de APS (ROSEN, 1994 *apud* ANDRADE; BARRETO & BEZERRA, 2006).

O Relatório Dawson, definido pelo membro do Conselho Médico Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, também foi responsável pela propagação dos conceitos da APS, pois orientava uma linha de reorganização dos serviços de saúde, recomendando sua regionalização para atender as ações preventivas e curativas locais (MARSIGLIA, 1995).

A APS vem sendo apresentada desde a década de sessenta por diversos países como um modelo inovador, capaz de proporcionar o acesso mais efetivo aos serviços de saúde e reverter o caráter curativo, individual e hospitalocêntrico, tradicionalmente instituído pelos sistemas nacionais, em uma atenção que na sua totalidade defenda a democratização do serviço, bem como a garantia de promoção de saúde e prevenção de doenças, tomando como finalidade o menor custo (FAUSTO & MATTA, 2007).

Nos EUA, ainda na mesma década, a definição de APS se deu através de um Informe da Comissão Millis (comissão de cidadãos), contemplando os atributos da longitudinalidade e integralidade a ser dispensados ao paciente com o primeiro contato, sem levar em consideração a presença ou não de doenças (ROSEN, 1994 *apud* ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

Na década de setenta, com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em Alma-ata, na antiga URSS, enfatizou-se a necessidade urgente de formular ações para prestação de uma atenção à saúde de qualidade, baseada em tecnologias efetivas, cientificamente comprovadas, aceitas culturalmente pela população e a um custo que o país ou região pudessem garantir. A idéia é de prover e acesso a atenção primária a saúde para toda a população.

Esse discurso contribuiu ao longo dessa década para processos de reforma em países com modelos diversificados na prestação de assistência à saúde, tais como: Cuba, Moçambique, Inglaterra, Espanha, como alguns exemplos (CONILL, 2008).

A Declaração de Alma-Ata reafirmou, então:

Que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (BRASIL, 2002a).

De acordo com Starfield (2002), define-se por APS, o sistema que atua como porta de entrada para todas as necessidades e problemas, a não ser as muito raras e incomuns e, ainda coordena as ações de saúde executadas por terceiros em outros âmbitos de atenção. Considerada uma abordagem que forma a base do sistema de saúde e tem como intuito a promoção, melhoria e manutenção da saúde e conseqüentemente a influência sobre a resposta das pessoas as enfermidades.

Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Outros colaboram apresentando um sentido mais amplo, considerando o modelo como uma articulação da atenção sistêmica, ampla e integrada de saúde, mediante a possibilidade de congregação intersectorial em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (FAUSTO& MATTA, 2007).

Seu panorama de atuação está baseado em um serviço que não se detém as enfermidades, mas garante uma atenção ao indivíduo, que difere do individual. O indivíduo neste contexto se trata de uma pessoa inserida em um meio ambiente, convivendo em uma

organização social somada a uma cultura que permeia todos os processos de sobrevivência. Contudo, para que esta atenção se dê de forma a garantir o equilíbrio entre bem-estar e saúde se faz necessário que os serviços incorporem atributos, os quais se destacam: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, trabalho em equipe, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

O acesso manifestado como composição para a prestação de um serviço nos moldes da APS trata o termo em seus diversos aspectos, considerando-o como meio facilitador para a aproximação do usuário com a equipe de saúde. Em sua definição adota como exemplos: rampa para cadeirantes, consultas diárias, horários reservados para atendimentos programados e localização adequada da unidade de saúde (GONÇALVES, 2007).

Quanto à longitudinalidade pretendida na prestação da atenção à saúde, considera-se uma ligação interpessoal com os usuários do serviço, a partir de uma aproximação continuada desta atenção, na tentativa de promover a qualificação da ação dispensada ao usuário, tendo em vista o conhecimento do profissional de fatores que permeiam o processo saúde-doença do indivíduo e pelo registro em prontuário familiar dos atendimentos realizados na unidade de saúde.

A coordenação prestada pela APS refere-se ao acompanhamento e desvelo continuado ao usuário, mesmo quando está sendo atendido em outra rede de Atenção à Saúde, para garantia da resolução do problema apresentado pelo indivíduo. Esta característica incorpora também o princípio da integralidade. Este atributo é de maior responsabilidade dos gestores, mas os profissionais também exercem papel fundamental para o seu adequado desenvolvimento (GONÇALVES, 2007).

O trabalho dos profissionais na APS se propõe a uma ruptura com a forma tradicional de trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde, na qual cada categoria exerce sua função sem que haja interação com as demais. Nesta perspectiva, o indivíduo assistido pode ser atendido de forma mais integral, evitando-se a fragmentação do processo de atenção. Na forma tradicional o usuário passa por vários profissionais que não discutem entre si, e acumulando assim condutas muitas vezes desnecessárias, que não se encaixam com suas necessidades de saúde.

Evidências internacionais comprovam a efetividade de um sistema de saúde nos moldes da APS. Por exemplo, um estudo apresentado por Starfield estabelece uma

comparação de doze países que adotaram serviços de saúde primários com seus indicadores globais. Tal estudo evidenciou, que países com sistemas de saúde primários mais fortes tendem a apresentar melhores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidade pós-neonatal (STARFIELD, 1998).

Além disso, Moore *et al.* (2003) utilizaram dados agregados do banco mundial e do Unicef para identificar fatores associados com a taxa de mortalidade infantil, em 22 países da América Latina e Caribe durante a década de 90, que incorporam ou não os preceitos da APS. Três de cinco fatores que interferem na taxa de mortalidade infantil são realizados em nível primário de assistência, dentre eles: cobertura vacinal, uso de terapia de reidratação oral e acesso à água limpa (MOORE, 2003 *apud* ANDRADE, BARRETO& BEZERRA, 2006).

No Brasil, as primeiras manifestações que se aproximam de um nível primário de assistência ocorreram na primeira República, entre 1889 e 1930, em função da implementação dos serviços de saúde pública em nível nacional. Neste período, com o progresso da ciência, a situação de saúde circundada por pestes e epidemias nas cidades brasileiras passou a ser reconhecida como uma vergonha nacional, portanto, na tentativa de reverter este quadro, o governo estabeleceu medidas de saúde em caráter de campanhas com o objetivo de limpar as áreas urbanas. Esta ideologia sobreviveu por mais de 70 anos e era organizada como campanhas militares (POLIGNANO, 2010).

Em 1930, com a posse de Getúlio Vargas na presidência, a centralização e a interiorização dos serviços de saúde são estabelecidas no país. Esta fase se caracteriza também pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), com caráter de seguro social. Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM). A partir deste momento, a saúde passa a ser dividida em dois lados: os que recebem assistência curativa, financiada pela previdência social, e os que são conduzidos de forma preventiva por meio de campanhas (POLIGNANO, 2010).

Na década de 50, o Brasil vive um intenso processo de industrialização, deslocando a dinamicidade econômica para os centros urbanos com a consequente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, a pressão por assistência médica proveniente dos institutos aumenta, manifestando a necessidade de um complexo médico hospitalar para atender aos previdenciários (POLIGNANO, 2010). Neste contexto, se origina o modelo médico-assistencial privatista, que vigorará até meados dos anos 80.

Em 1975, a lei 6.229 foi instituída, organizando o Sistema Nacional de Saúde e estabelecendo as principais competências das distintas esferas de governo, dando ênfase aos serviços públicos e privados para a prestação de serviços de promoção, prevenção e recuperação. Porém, com o repasse reduzido de recursos a serem gastos com a saúde, as ações de saúde pública encontraram entraves para serem desenvolvidas, desta forma priorizava-se a assistência médica curativa. Nesta perspectiva, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, resultando em indicadores de saúde alarmantes, como taxas elevadas de mortalidade infantil e materna (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

Diante das insatisfações do modelo de atenção adotado, que não supria as necessidades de saúde da maioria da população, somado à longa trajetória de formulações e embates, resultantes de lutas políticas e ideológicas, realizadas por diferentes atores sociais por mudanças no sistema de saúde brasileiro e na forma de se pensar a atenção à saúde, instituiu-se a Constituição Federal de 1988.

Esta constituição veio consolidar estas mudanças importantes no modelo político-institucional, contribuindo decididamente para as transformações intensas ocorrida nos últimos vinte e quatro anos no Sistema de Saúde do Brasil, tomando como preceito o conceito dado à APS, principalmente ao definir em seu artigo 196 “que a saúde é um direito de todos e dever do estado”. Com esta redefinição, aprovou-se a criação de um sistema baseado nos princípios da universalidade, igualdade, da integralidade e que se organizou de forma descentralizada, hierarquizada e com participação comunitária, com o propósito fundamental de reverter à desigualdade na assistência e solucionar os problemas de saúde vigentes (BRASIL, 2001; MENDES, 1999b).

A concepção de saúde como direito de todos, ganha repercussão para todo o cenário nacional e, a partir de então, o acesso ao atendimento torna-se obrigatório e gratuito a toda população brasileira.

Com esta mudança de perfil dos serviços de saúde, tornava-se indispensável uma mudança paradigmática que permitisse evoluir do paradigma biomédico, que focalizou apenas no modelo biológico para explicação do processo saúde-doença, para um novo paradigma organizacional, que seria o paradigma estratégico-descentralizado (FEUERWERKER, 2002).

No Ceará, a partir de 1987 o Governo Estadual iniciou a implantação do Programa de Agentes de Saúde (PAS). Segundo a definição do Programa na época, os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) eram: “Pessoas que, na sua comunidade de residência, realizam tarefas específicas de prevenção e atenção primária à saúde. São remunerados pelo Estado com um salário mínimo ao mês e são capacitados e supervisionados por técnicos da rede de serviços de saúde” (BARRETO, 1997).

Inspirado no sucesso do PAS no Ceará, em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com enfoque na APS, sendo introduzidas concepções de integração do serviço com a comunidade e ação preventiva sobre a demanda e não simplesmente a espera do usuário a busca do serviço (BRASIL, 2002b).

Segundo Viana e Dal Poz (2005), o PACS foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles o Programa Saúde da Família, que buscavam a implementação das diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, mediante o elo estabelecido entre agente de saúde e a comunidade. A sua atuação ocorria em três dimensões: a técnica, baseada em saberes da epidemiologia e clínica; a política, utilizando saberes da saúde coletiva, e a de assistência social, permitindo o acesso com equidade aos serviços de saúde (KLUTHCOVSKY & TAKAYANAGUI, 2006).

No final de 1993 surgiu a discussão de que o PACS, apesar de todo êxito obtido, ainda era um instrumento insuficiente para provocar mudanças significativas na Atenção Básica, impossibilitando a consolidação do SUS (BRASIL, 2002b).

Nesse contexto, em 1994, o Ministério da Saúde propõe como alternativa viável para a organização da atenção básica, o Programa Saúde da Família, trazendo como proposição a mudança da antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, adotando uma atuação integral da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão totalizante (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996). O estado do Ceará, mais especificamente o município de Quixadá, teve um papel primordial no delineamento do novo modelo (BARRETO, 2010).

Inicialmente a implantação do programa voltou-se para áreas de risco, sendo utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério para seleção destas áreas (VIANA & DAL POZ, 2005). Esta intencionalidade de voltar o atendimento primário a populações mais carentes e excluídas do sistema de saúde representava ainda, segundo alguns autores, o caráter focalizador, constituindo a estratégia como um modelo simplificado, de pobre para pobre, o que leva a ferir um dos princípios do SUS, o da universalidade da atenção (FRANCO & MERHY, 1999; MENDES, 1999a).

Somente em 1996 o governo federal reconhece que o PSF não se trata de um modelo de atenção pontual e simplista, e o concebe como uma estratégia prioritária para a substituição ao modelo tradicional de assistência, e como uma ação dinamizadora do SUS. Portanto, passa a ser reconhecido como estratégia em substituição a programa (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família como modelo estruturante do SUS, é baseada em equipes multiprofissionais, sendo estas responsáveis por no máximo 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006; ANDRADE, BARRETO & FONSECA, 2006).

O território de atuação da ESF deve apresentar uma área adscrita. Esta ficará sob a responsabilidade da equipe, no que diz respeito à prestação de cuidados primários de saúde da população. Propondo, desta forma, intervenções que influenciem os processos de saúde-doença, com enfoque na promoção e prevenção, sem desconsiderar a clínica (ANDRADE, BARRETO & FONSECA, 2006).

Esta redefinição de saúde não implica a negação da doença e da necessidade de intervenção sobre ela, mas de uma necessária adequação de papéis da clínica e da ação específica dos profissionais e sujeitos nesse campo para atender as demandas de saúde vigentes, a partir do trabalho individual e em equipe (FEUERWERKER, 1998).

O Ministério da Saúde enfatiza que o processo de trabalho em equipe deve ser concretizado mediante atuação de profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade e deva estar capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as reais necessidades da população através da permanente interação com a mesma no sentido de mobilizá-la e envolvê-la no processo de trabalho (BRASIL, 2000; 2004).

Nesta perspectiva, apresenta-se como desafio a mudança de perfil dos profissionais e a articulação de uma organização de um sistema de atenção à saúde efetivo para atender ao paradigma contra-hegemônico da saúde, considerando em seu contexto: humanização da atenção, cuidado integrado, maior participação comunitária, equidade, promoção de estilos de vida saudáveis, contenção de custos, uso adequado de tecnologias e

proteção ao meio ambiente. Desses atributos, ainda merece destaque o envolvimento dos profissionais em um processo colaborativo para a criação de espaços de integração e envolvimento para o trabalho conjunto.

Portanto, reconhecemos que o espaço da Estratégia Saúde da Família representa a chave para a garantia de um atendimento longitudinal, resolutivo e responsável, que permeia os demais locais de atenção à saúde e permite o compromisso de diferentes serviços e profissionais para atingir um objetivo comum: garantir uma atenção qualificada de saúde ao usuário a partir da colaboração interprofissional.

3.3 Colaboração Interprofissional

Colaboração pode ser entendida como um processo humano (D'AMOUR *et al.*, 2005). E ainda como uma articulação que envolve cooperação, um esforço concentrado e sustentado dentro de um contexto definido para a prestação de cuidados de saúde, demarcando variadas categorias profissionais para o envolvimento demandado em cenários de práticas e entre organizações (BARR & LOW, 2012).

A colaboração está relacionada com a tendência para novas formas de organização em serviços de saúde, pois estes formatos exigem além de novas estruturas, o envolvimento profissional para a prestação de novas práticas clínicas. Desta forma, os profissionais de saúde são confrontados com uma atenção que deve ser dispensada para responder as necessidades dos pacientes (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Ainda de acordo com os autores referidos, destacamos que esta prática deve envolver além dos profissionais, as partes interessadas, incluindo universidades, estudantes e usuários de serviços, para que estes reconheçam suas diferenças, alinhem suas propostas e garantam a efetividade do envolvimento para o bem comum.

No entanto, os textos que se referem à prática colaborativa, associam esta a dois diferentes termos: a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade. D'Amour e Oandasan (2005) sugerem uma distinção entre a colaboração interprofissional e a interdisciplinar, sendo esta última uma resposta para o conhecimento fragmentado de numerosas disciplinas. O conhecimento interdisciplinar se apresenta como uma prática colaborativa entre as disciplinas, permitindo, assim, a abertura dos seus territórios ou campos de ensino, para obter uma maior

flexibilidade a partir da partilha de responsabilidades profissionais para a facilitação do aprendizado baseado no trabalho (D'AMOUR *et al.*, 2005).

O conceito de interprofissionalidade foi adotado por D'Amour e Oandasan (2005) como parte do trabalho de fundo para iniciativas de Saúde no Canadá no intuito de promover a educação interprofissional e a prática colaborativa e, apresentaram ainda, uma definição para o termo, considerando-o como: o processo pelo qual os profissionais podem refletir e desenvolver formas de prática que forneçam uma resposta integrada e coesa com as necessidades do cliente / família / população, envolvendo uma interação contínua e a partilha de conhecimentos entre os profissionais, organizados para resolver ou explorar uma variedade de questões de educação e de cuidados o tempo todo, buscando aperfeiçoar a participação do paciente.

Ainda em definição ao termo, Engel e Gursky (2003) referem que a colaboração entre os profissionais se dá pela valorização das contribuições uns dos outros, o acordo sobre os objetivos e metas em relação a um paciente ou cliente e distribuição de papéis e tarefas relacionadas no contexto de um programa de ação. Esta requer uma nova divisão do trabalho clínico entre os profissionais em diferentes cenários de práticas de saúde. Neste formato de organização, a responsabilidade pela coordenação é deslocada para os prestadores de cuidados (POLTON, 2004 *apud* D'AMOUR *et al.*, 2005).

Contudo convém destacar que assumir condutas colaborativas em ambientes de trabalho não representa uma mudança ou ainda, uma adoção de práticas reformuladas que seja fácil (SMITH, CARROL & ASHFORD,1995). Este desafio requer que não só os profissionais envolvidos em campos de prática sejam responsáveis, mas também representa uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar cada vez mais o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda as necessidades de saúde dos indivíduos cuidados (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Henneman *et al.* (1995) afirmam que antes de adotar práticas colaborativas para condução do processo de trabalho, mostra-se necessário, o envolvimento de um quadro de profissionais e reformulações ambientais, que devem anteceder a colaboração para facilitar o delinear do processo.

O envolvimento de profissionais inclui não só a manifestação do desejo em engajar-se em um processo colaborativo, mas também inclui a compreensão e a aceitação de

níveis de experiência e o reconhecimento dos limites, necessidade de confiança e a dinâmica de grupo. Estes fatores que correspondem aos atributos do profissional para a efetividade da prática colaborativa devem está associados aos fatores ambientais que combinam estruturas organizacionais e fomentam a participação e interdependência entre seus membros e líderes, a criatividade individual e autonomia na tomada de decisões, permitindo uma direção unificada.

Além disso, Vautier e Carey (1994) destacam que os pacientes que foram conduzidos por uma gestão colaborativa do caso avaliaram seu cuidado de forma mais positiva do que outros pacientes. Baldwin (1996) ainda complementa que a adesão do paciente é melhorada com a prática colaborativa, reduzindo o número de internações e o acúmulo de condutas médicas.

Convém ressaltarmos que o trabalho em conjunto, representa um desafio desde a academia, não só pelo estabelecimento de medidas que garantam a incorporação da intercessão do trabalho dos profissionais, mas também pela convivência com o poder e status de algumas profissões se sobrepondo a outras e permitindo assim o distanciamento de saberes e de uma construção coletiva que permita o aprendizado significativo.

As necessidades de saúde hoje com a nova perspectiva que se tem sobre o termo saúde, não sendo tratado apenas como ausência de doença, mas como o completo bem estar físico, mental e social, vêm direcionando o foco da atenção para o indivíduo, famílias e comunidades, pois não podemos pensar que estamos cuidando de forma adequada dispensando receitas medicamentosas, sem considerar todos os enlaces e entraves que circundam o indivíduo submetido à conduta. Desta forma há de se trabalhar unindo conhecimentos.

Portanto, a perspectiva de contemplar apenas em uma profissão o domínio do saber vem perdendo forças pelo reconhecimento da insuficiência na prática de promover saúde. Os demais fatores que se somam ao biológico são também determinantes no processo saúde-doença e, para trabalharmos em uma perspectiva integral, há de se construir um plano que agrupe os olhares de vários profissionais, e as categorias irão variar a partir do grau de comprometimento do indivíduo.

Quando nos referimos a comprometimento, não esperamos que o leitor tenha uma idéia de doença, mas de uma situação-problema que permite o delineamento dos fatores sociais, econômicos, culturais e de saúde do indivíduo cuidado.

Trabalhar à saúde, seja em seus aspectos teóricos ou práticos, é não considerá-la como uma ciência que se constitui pela soma de partes ou pela união de programas acadêmicos, vai muito além de uma simples proposição de reunir pedaços, mas deve se constituir na intercessão de saberes para um fim comum, reconhecendo também a importância da participação social. Nesta perspectiva, a colaboração interprofissional é uma medida a ser considerada para a garantia de uma atenção de qualidade ao paciente com enfoque na promoção de sua saúde.

3.3.1 Tipologia da Colaboração Interprofissional segundo D'Amour et al (2008)

As novas formas de organizações de saúde adotam como preceito o cuidado integrado ao indivíduo, a partir do envolvimento dos profissionais de saúde e de programas que reconheçam a colaboração como forma de divisão de trabalho. Nessas novas formas de organização, a responsabilidade pela coordenação passa a ser do prestador de cuidados, exigindo do profissional, a consideração da necessidade de envolver um processo de colaboração para as práticas de saúde e a coordenação de atividades necessárias em ambientes clínicos.

Neste sentido, revela-se a colaboração interprofissional, sendo considerado um processo que envolve diferentes grupos de profissionais para o trabalho em conjunto, com o intuito de afetar positivamente o cuidado em saúde. Este envolvimento é considerado ainda, um acordo entre os profissionais que valorizam o conhecimento e a contribuição de cada categoria para o atendimento em saúde. Esta prática envolve também dinâmicas de poder, padrões de comunicação, falta de entendimento dos envolvidos quanto aos papéis e responsabilidades, e conflitos quanto às variadas abordagens para o atendimento do paciente (ZWARENSTEIN, GOLDMAN & REEVES, 2009).

Esta reformulação da prática clínica é considerada pelos gestores como uma difícil tomada de decisão, pois envolvem uma transição e, os problemas ocasionados decorrem da interação, de fatores organizacionais e sociopolíticos, dificultando este processo colaborativo (D'AMOUR *et al.*, 2008). Se a prática profissional é baseada em processos autônomos paralelos, não irá haver integração da equipe, mas se ocorre do contrário, a equipe pode desenvolver uma relação próxima, de forma a dar autonomia coletiva ao trabalho integrado e colaborativo (ARAÚJO, 2012).

Pesquisas recentes sobre colaboração revelam que os profissionais precisam de ferramentas conceituais para desenvolver a colaboração entre si em sistemas complexos. Neste sentido, D'Amour *et al.* (2008) desenvolveu uma sequência de estudos em serviços primários de saúde baseados na ação coletiva da sociologia organizacional, especificamente na análise estratégica desenvolvida por Crozier e Friedberg (1977) e em Friedberg (1993), abordagem organizacional. De acordo com esses autores, sociologia organizacional trata-se de uma análise de política, processos sociais e econômicos, que consideram a ação coletiva como o resultado de ações e comportamentos de vários parceiros.

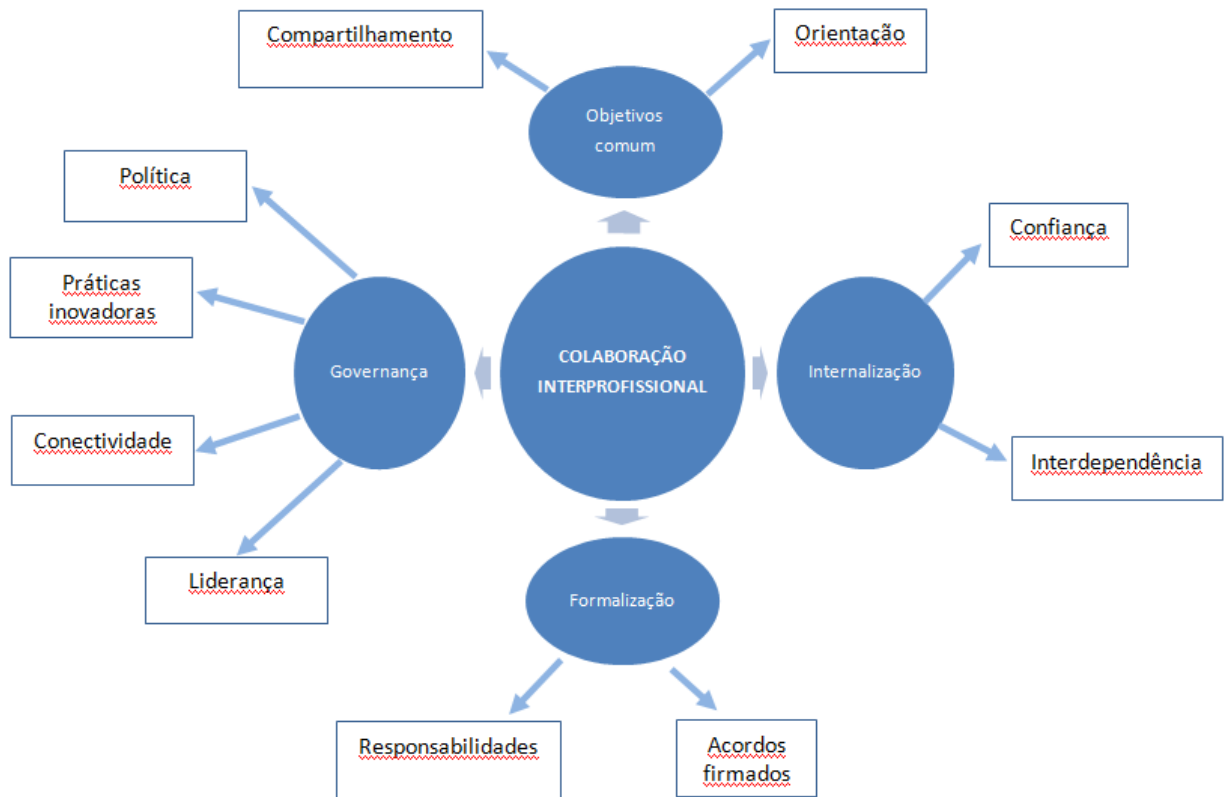
Neste entorno, a colaboração destaca-se como o problema central em qualquer coletividade, pontuando a necessidade dos profissionais em trabalhar em conjunto para a prestação de um atendimento de qualidade, porém, sem desconsiderar para esta interação a necessidade de manter um certo grau de distanciamento para a preservação da autonomia e independência dos envolvidos.

Esta tipologia foi testada em diferentes configurações de colaboração: em equipes, entre organizações e em redes integradas de saúde. Sua concentração se baseia nas relações entre os indivíduos e na interação destas relações e nas dimensões organizacionais.

O modelo adota quatro dimensões operacionalizadas por 10 indicadores para a análise da ação coletiva. As dimensões estão inter-relacionadas e se influenciam mutuamente. (Figura 1).

|

Figura 1–Modelo de Colaboração Interprofissional – dimensões e indicadores de análise.



Fonte: Adaptado de D'Amour *et al.* (2008)

Duas das dimensões envolvem relações entre indivíduos e duas envolvem o ambiente organizacional (que influencia a ação coletiva). As dimensões relacionais: 1) objetivos comuns e visão compartilhada, que se refere à existência de objetivos comuns e o reconhecimento de motivos divergentes e 2) Internalização, que se refere ao senso de pertencimento e conhecimento dos valores, disciplina e confiança mútua dos profissionais envolvidos. Das dimensões organizacionais: 3) a formalização, que esclarece as expectativas e responsabilidades envolvidas no processo colaborativo e a 4) governança, ou seja, o direcionamento e apoio dado aos profissionais para a implementação de inovações relacionadas as práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais. (D'AMOUR *et al.*, 2008). Estas quatro dimensões e sua interação reúnem os processos inerentes à colaboração conforme observamos na Figura 1.

A compreensão destas dimensões se dá a partir de seus indicadores, conforme descritos no Quadro 1.

A adoção desta tipologia fornece uma visão abrangente do fenômeno para a adequação e inovação das ações compatíveis para o trabalho em conjunto, dos papéis estratégicos e da importância do apoio dos líderes locais para garantir a eliminação das barreiras organizacionais. Propõe uma análise das falas capturadas a partir de entrevistas, buscando identificar os indicadores do modelo, na tentativa de revelar o nível de colaboração entre as instituições investigadas.

A variação do nível dos indicadores permite uma **pontuação** categorização que varia de 1 a 3, onde 1 representa o nível mínimo de obtenção de um indicador, correspondendo à colaboração latente e 3, o máximo, correspondendo à colaboração ativa. O Quadro 2 explicita as variações de cada indicador.

Quadro 1 – Descrição dos indicadores de colaboração interprofissional.

Dimensão	Indicador	Descrição
Objetivos Comuns	Objetivos Compartilhados Orientação centrada no cliente	Identifica valores e objetivos comuns, que se relacionam para a promoção de um cuidado centrado no paciente. Ajustes de interesses e da divergência de objetivos para a garantia de uma negociação compartilhada e convergente.
Internalização	Conhecimento Mutuo Confiança Troca de informações	Convivência social e profissional dos envolvidos para garantir o sentimento de pertencimento ao grupo e/ou equipe. A colaboração se torna possível a partir da confiança um nos outros, reduzindo as incertezas e garantindo o aumento das competências e responsabilidades no ambiente de trabalho. Refere-se a existência e uso apropriado de uma infraestrutura que permita coleta e troca de informações entre os profissionais. Reduzindo incertezas e favorecendo a ocorrência de retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho coletivos.
Formalização	Acordos firmados	Acordos, regras, protocolos e sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades, expectativas e papéis profissionais.
Governança	Política Liderança Práticas inovadoras Conectividade	Envolvimento e importância do papel exercido por autoridades centrais e de um direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas. Destaca o papel das lideranças locais e sua influência no processo colaborativo. A aceitação desta liderança e a possibilidade de tomar decisões de forma compartilhada. Envolve a educação permanente para o desenvolvimento de competências que possam favorecer os processos de inovação das práticas. Refere-se à conectividade entre os indivíduos e as oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.

Fonte: D'Amour *et al.* (2008)

Quadro 2 –Indicadores e níveis de colaboração.

(continua)

Indicadores	Nível 3/ Colaboração ativa	Nível 2/ Desenvolvendo a colaboração	Nível 1/ Potencial ou latente colaboração
Compartilhamento de Objetivos	Objetivos compreensivos e consensuais	Alguns objetivos compartilhados	Conflito de objetivos ou ausência de visão comum
Orientação comum	Orientação centrada no cliente	Orientações conduzidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência a deixar que interesses privados promovam as orientações
Interdependência	Atividades regulares conjuntas	Poucas oportunidades para atender, poucas Atividades conjuntas	Sem atividades conjuntas
Confiança mútua	Confiança fundamentada	A confiança ainda está tomando forma	Falta de confiança
Política	Corpo central forte e ativo que promove consenso	Corpo central mal definido	Ausência de um corpo central ou quase ausência de um papel político
Liderança	Liderança, consenso compartilhado	Liderança sem foco, fragmentada, que tem pouco impacto	Chefia não consensual, monopolista
Práticas inovadoras	Conhecimentos que estimulem introdução de colaboração e inovação	Perícia esporádica e fragmentada	Pouca ou nenhuma experiência à disposição
Conectividade	Muitos locais para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específicas	Quase ausência de locais de discussão
Acordos firmados	Acordos consensuais em conjunto, regras definidas	Acordos não consensuais, fazer sem reflexão das práticas ou em processo de negociação	Nenhum acordo ou convenção respeitada, uma fonte de conflito

Quadro 2 – Indicadores e níveis de colaboração.

(conclusão)

Indicadores	Nível 3/ Colaboração ativa	Nível 2/ Desenvolvendo a colaboração	Nível 1/ Potencial ou latente colaboração
Troca de informações	Infraestrutura comum para recolher e trocar informação	Troca de informações incompletas; ou é usada inadequadamente	Ausência relativa de infraestrutura comum ou mecanismo para recolher ou trocar informações

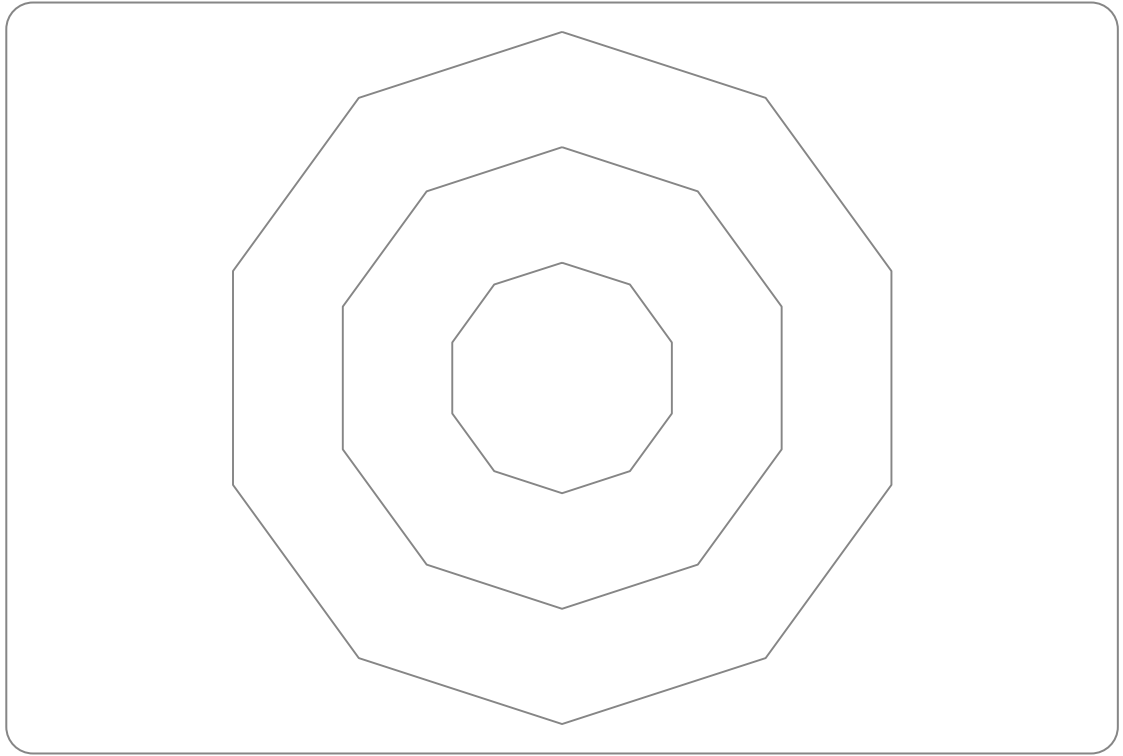
Fonte: D'Amour *et al.*(2008)

Estes indicadores e seus respectivos níveis detectados de colaboração, conforme recomenda a classificação apresentada são dispostos em um gráfico denominado Kiviat ou Radar.

Esta representação gráfica é um recurso interessante, que auxilia na identificação de problemas de performance ou desempenho. Apresenta uma forma circular e suas métricas são plotadas sobre retas radiais. Cada métrica se constitui por uma sequência de raios originadas a partir de um centro, formando ângulos iguais com os outros, cada raio representa uma das variáveis. (BORGES, 2010). Os pontos nos raios estão unidos com segmentos, de modo que o gráfico tem a forma de uma estrela ou uma teia de aranha. Conforme mostra a figura2.

De acordo com D'Amour *et al.* (2008) uma outra restrição que deve ser sublinhada é que o modelo se concentra na colaboração entre profissionais de saúde, e um importante objeto de pesquisa que poderia ser adicionado ao modelo, para ir mais longe ao processo de análise, seria o envolvimento de pacientes e famílias.

Figura 2 – Modelode Gráfico Kiviat.



Fonte: D'Amour *et al.* (2008)

4 METODOLOGIA

A construção de uma metodologia requer um delineamento de forma adequada para propor uma investigação abrangente, incorporando as perspectivas dos atores e os eventos que ocorrem no campo de pesquisa. As ferramentas adotadas para a investigação trazem como proposição o levantamento dos dados que correspondem ao cotidiano, que representam para esta investigação científica, a discussão da prática que será confrontada com a teoria.

Este capítulo aborda a trajetória metodológica do estudo, trazendo o tipo de pesquisa, o universo, as fontes de dados, as técnicas de coleta de dados e a maneira como as informações foram tratadas.

4.1 Tipo e abordagem do estudo

Para a discussão do método da pesquisa, o estudo intenciona-se a responder o porquê da investigação se aproximar da abordagem qualitativa. O que leva a justificar o uso desse método é a necessidade de conhecer as relações sociais que se processam entre instituições com estruturas organizacionais diferentes, objetivos variados e pensamentos múltiplos dos seus atores, e a quantificação dessas interações não responderia de forma aproximada o objeto de estudo.

Considerando o exposto, trata-se de um estudo de caso, do tipo exploratório, pela possibilidade de cercar o objeto estudado nas múltiplas relações e incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

De acordo com Granger (1967, p. 82-83 *apud* MINAYO, 2010, p. 58):

A utilização de métodos e técnicas não quantitativas em uma pesquisa não é questão de escolha e alternativa ou de preferência pessoal: são procedimentos simplesmente necessários. [...] A necessidade de usar métodos e técnicas não quantitativas é consequência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer a dualidade real entre quantitativo e qualitativo.

Quanto à proposição de se desenvolver um estudo de caso, adota-se como referência Yin (2010), que o revela como uma investigação empírica com o propósito de analisar um fenômeno contemporâneo no contexto em que ele ocorre, utilizando estratégias de investigação qualitativa, que se baseiam em múltiplas fontes de evidência e como consequência trazem a necessidade de triangulação de métodos. De acordo com o autor, esse tipo de estudo deve se beneficiar de um modelo teórico que embase a coleta e a análise de dados. Em outras palavras, o método de estudo de caso foi adotado por representar uma estratégia de aproximação de um acontecimento contemporâneo, que não se pode mensurar ou manipular, mas permite uma descrição a partir de uma aproximação do pesquisador e a busca e somação de fontes de evidência, estando entre estas, a observação direta dos eventos, análise documental e as entrevistas das pessoas envolvidas (YIN, 2010).

A metodologia de estudo de caso pode ser aplicada para um caso único, ou pode, por outro lado, ser aplicada no estudo de dois ou mais casos que apresentam realidades semelhantes entre si, o que caracterizaria um estudo de múltiplos casos. No presente estudo, a autora definiu como caso singular, Juazeiro do Norte, para o estudo do processo de colaboração interprofissional de três distintas instituições de ensino sediadas nesse município e que realizam suas atividades didáticas na rede municipal e estadual de saúde.

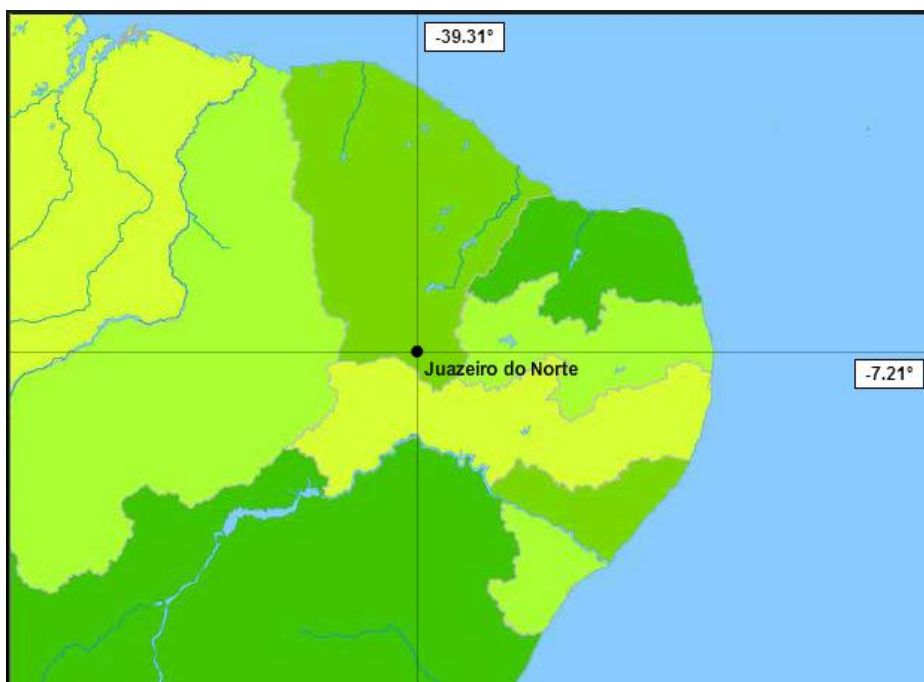
O referencial teórico que orientou a criação, o desenho e o processo de coleta dos dados, a criação dos instrumentos de pesquisa e a posterior análise do corpus de dados integralizado no trabalho de campo foi o conceito de colaboração interprofissional e a Tipologia da Colaboração Interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008).

4.2 Cenário do estudo

O estudo ocorreu no município de Juazeiro do Norte, que se localiza no sul do estado, a 514 km da capital Fortaleza. Sua área territorial é de 248,22 km², a uma altitude média de 350 metros. A população do município é estimada em 255.648 habitantes e a taxa de urbanização é de 95,3% (BRASIL, 2012). O bioma da área territorial é a caatinga. A economia é proveniente de serviços, indústrias e agropecuária, e quanto à frota de transportes, predominam as motocicletas. O município exerce forte influência sobre todo Sul do Ceará, e áreas dos estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo um importante centro de compras e serviços regionais. Todo este desenvolvimento resultou em uma grande

integração com os municípios de Crato e Barbalha. As cidades de Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte formam a chamada conurbação Crajubar.

Figura 3 –Localização geográfica do município de Juazeiro.



Fonte: IBGE, 2010.

O topônimo Juazeiro é uma alusão a uma árvore típica da Região Nordeste do Brasil, cujo nome científico é *Zizyphus joazeiro*. Juazeiro é uma palavra de origem híbrida (tupi e português): “juá” ou “iu-á” (fruto de espinho) e o sufixo “eiro” (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Juazeiro do Norte era inicialmente um distrito da cidade vizinha Crato, até que o jovem Padre Cícero Romão Batista resolveu se fixar como pároco no lugarejo, até então sem capelão e, portanto, sem os serviços religiosos. Padre Cícero foi um dos responsáveis, tempos depois, pela emancipação e independência da cidade. Por conta do chamado “milagre de Juazeiro” (quando Padre Cícero deu a hóstia sagrada à beata Maria de Araújo, a hóstia se transformou em sangue), a figura do padre assumiu características místicas e passou a ser venerado pelo povo como um santo. Hoje a cidade é a segunda do estado e referência no Nordeste graças ao Padre Cícero (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

É considerado ainda o maior pólo urbano, populacional, comercial e industrial do Nordeste Central do Brasil, e o principal centro universitário do interior do Ceará, que atrai

estudantes de todo o país. Pouco mais de uma década, a cidade dispõe de mais de 40 cursos de graduação. Em 2009, foram registradas 11.000 matrículas universitárias (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

A implantação das universidades públicas e particulares consolida o processo de desenvolvimento que, segundo a própria administração do Município e entidades lojistas, está acima da média nacional. Antes, os estudantes que concluíam o ensino médio tinham que se deslocar para outros centros urbanos para dar continuidade aos seus estudos. Hoje, esses alunos têm a oportunidade de qualificar-se profissionalmente na região do Cariri. A região conta com a presença de duas instituições de Ensino Superior públicas, a Universidade Regional do Cariri (URCA) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Cariri. Já são 11 cursos implantados pela UFC. Um deles, o de Medicina, foi instalado na cidade de Barbalha, a poucos quilômetros de Juazeiro, e é o primeiro da instituição a chegar ao Cariri. Já são cerca de 2 mil alunos, numa demanda crescente. São estudantes de várias partes do Nordeste e cidades da região (SANTOS, 2011).

Ainda de acordo com a mesma autora, as faculdades particulares também contribuem com uma importante parcela de desenvolvimento educacional na região. A pioneira implantou a Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Esse novo impulso de crescimento acelerou o processo de transformação da cidade em poucos anos, com uma rede de serviços, que vem atender um mercado cada vez mais exigente, portanto diante das informações reveladas, considera-se Juazeiro do Norte campo de pesquisa relevante para a investigação proposta, pois o contato das IES com o serviço de saúde pública é inevitável, tendo em vista a presença de cursos na área de saúde com estágios curriculares previstos para serem desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2011).

4.2.1 Sistema de Saúde de Juazeiro do Norte

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), várias iniciativas vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema, sendo essas de caráter institucional, legal e comunitária. Merecem destaque, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996 (BRASIL, 2001).

A Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, como instrumento de regulação do SUS, além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, favorece a consequência prática dos princípios e diretrizes do Sistema, permitindo mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil, que são pontuadas a seguir:

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde – voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal “têm de estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e meios para o atendimento integral” e que “a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território (BRASIL, 2001, p. 39).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento do sistema requer uma estrutura complexa e a sua descrição permite visualizar o aparato de recursos disponíveis para o modelo de atenção e como cada um participa do processo.

Revelam-se algumas informações que foram pertinentes para a observação da dinâmica da realidade pesquisada, destacando que o município de Juazeiro do Norte apresenta capacidade instalada para realização de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, assumindo uma gestão que é de responsabilidade local, sendo referência em âmbito micro e macrorregional. O município possui 313 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em maioria consultórios isolados ou unidades básicas, segundo tabela 1 abaixo (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

|

Tabela 1 – Rede física municipal.

(continua)

DESCRIÇÃO	TOTAL
Centro de Saúde / Unidade Básica	064
Policlínica	003

Tabela 1 – Rede física municipal.

(conclusão)

DESCRIÇÃO	TOTAL
Hospital Geral	007
Hospital Especializado	001
Consultório Isolado	126
Clinica Especializada /Ambulatório de Especialidade	045
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (Sadt Isolado)	056
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	001
Farmácia	001
Unidade de Vigilância em Saúde	002
Central de Regulação de Serviços de Saúde	001
Secretaria de Saúde	002
Centro de Atenção Psicossocial	002
Pronto Atendimento	002
TOTAL	313

Fonte: CNES/2011.

Juazeiro do Norte possui uma boa rede de hospitais e clínicas, com investimentos tanto do setor público como de caráter particular, que funcionam como rede complementar. Essa rede de serviços de saúde do SUS, pactuada para atendimento da população dos municípios da 21ª Microrregião de Saúde, nos níveis de Média e Alta Complexidade, é quantitativamente significativa e possibilita acesso às complexas áreas de atenção à saúde, com destaque para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Centro de Atenção Psicossocial; Centro de Dermatologia Sanitária e Doenças Infecciosas; Serviço de Assistência Médica Especializada; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Municipal e CEO Regional); Unidade de Pronto Atendimento; Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT); clínicas de diversas especialidades. Na área hospitalar existem quatro equipamentos

de saúde, sendo três públicos e um privado sob a intervenção municipal (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

A Atenção Básica está estruturada com 64 unidades de saúde (ANEXO B), alcançando uma cobertura populacional de 87,92%. Esse segmento adota o Programa de Saúde da Família, estratégia nacional, a partir da formação de equipes mínimas (62 no total), com um médico, um dentista (opcional), um enfermeiro, dois ou três Agentes Comunitários de Saúde (544 no total), visando o acompanhamento longitudinal de famílias em um dado território e estabelecendo uma visão hierárquica de comunicação com os demais níveis de atenção, secundário e terciário (BRASIL, 2012).

As unidades de saúde desenvolvem ações programáticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, além de atendimento ambulatorial para a população de uma área adscrita, tendo como eixo central a comunidade e a família, assumindo a responsabilidade de melhorar a qualidade de vida desta população. Dentre as atividades de atenção à saúde, apresentadas pela Política Nacional da Atenção Básica, destacam-se: saúde da criança, saúde do homem, saúde da mulher, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, saúde do idoso, hipertensão e diabetes e saúde bucal (BRASIL, 2010).

Em 2011, foi criado o cargo de Gerente nas Equipes da Estratégia Saúde da Família, onde enfermeiros foram contratados pela gestão para serem responsáveis pela administração dos postos, estando assim os demais enfermeiros responsáveis pela assistência. A atenção primária conta ainda com uma equipe de apoio assistencial à saúde, o qual corresponde ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para realizar atendimentos nas romarias e eventos culturais e religiosos (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

A rede de assistência hospitalar foi dirigida durante muitos anos por hospitais particulares conveniados ao SUS. O passo inicial para a formação da rede hospitalar municipal própria foi à construção do Pronto Socorro Municipal, onde hoje funciona o Hospital Tasso Jereissati, responsável pelo atendimento de urgência a adultos. Em seguida, houve a municipalização do Hospital São Lucas, hoje voltado para atendimento geral. O município dispõe também do Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra, correspondendo a um serviço especializado em pediatria.

O Governo do Estado do Ceará inaugurou em abril de 2011, o Hospital Regional do Cariri (HRC), com gastos de R\$ 44 milhões. O HRC é o primeiro hospital público da rede de assistência da Secretaria de Saúde do Estado, construído no interior; sendo considerado de

grande porte, com 284 leitos, e cobertura da população de 1,5 milhões de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião de saúde do Cariri, e os municípios das microrregiões de saúde de Iguatu e Icó. O hospital veio para contemplar as especialidades na área de urgência clínica e cirúrgica, um centro de atendimento para casos de envenenamento, doenças transmissíveis, traumas e unidade de queimados. Atua com unidade reguladora e atende a estudantes da saúde, sendo centro de formação (CEARÁ, 2011).

4.2.2 Instituições de Ensino Superior

Utilizam-se casos compostos de IES que adotam a Estratégia Saúde da Família como campo de estágio curricular para os seus discentes. A amostra foi intencional, tomando como investigação as três instituições privadas que existem em Juazeiro do Norte: Faculdades Leão Sampaio, Faculdade de Juazeiro do Norte e Faculdade Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte.

O Centro de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio está localizado no Triângulo Crajubar, assim chamada por estar no centro de gravidade dos três maiores municípios da região: Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha. O Centro possui as seguintes unidades em funcionamento: Crajubar, Lagoa Seca, Unidade Saúde e Unidade de apoio Shopping.

Na Unidade Crajubar, funcionam os cursos de Bacharelado em Serviço Social e o Curso Superior de Tecnologia em Análise de Desenvolvimento de Sistemas. Na Unidade Saúde, funcionam os cursos de Bacharelado em Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e o Curso de Licenciatura em Educação Física. Na Unidade Lagoa Seca, funcionam os Cursos de Bacharelado em Administração, Ciências Contábeis e Psicologia, o Curso Superior de Tecnologia em Gestão Comercial e Gestão de Recursos Humanos, essa unidade disponibiliza o Serviço de Psicologia Aplicada – SPA, o Centro de Treinamento de Simulação de Jogos para Empresas, o que dá suporte aos cursos de Administração, Ciências Contábeis, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Comercial e a Clínica Escola, que faz parte da infraestrutura da Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio, para complementar os estágios curriculares dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia, no atendimento a população carente. Na Unidade do Cariri

Shopping, funciona o Núcleo de Empregabilidade Leão – NEL, responsável pelo encaminhamento dos alunos para o mercado de trabalho.

Os cursos de graduação na área de saúde que desenvolvem estágios na ESF do município são: Serviço Social, para acompanhamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a enfermagem.

A faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, anteriormente denominada Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, foi implantada no município em 1998, mas já apresentava um projeto de lei na Câmara de Vereadores para sua criação desde 1968, porém sem respaldo para o funcionamento em instâncias superiores. A primeira turma de graduação foi em 2000 e hoje já totaliza 571 profissionais formados. Trata-se de uma instituição privada, que disponibiliza os cursos de graduação em Medicina, Farmácia e Fisioterapia (SANTOS, 2011).

Inicia-se a coleta de dados nessa instituição. As instalações físicas, a acolhida da direção da FMJ e a equipe de pesquisadores facilitaram o processo de leitura das IES. A busca de se constituir em uma Instituição de Ensino coerente com os princípios da Atenção Primária em Saúde e voltada para as necessidades regionais, foi o que transversalizou de forma objetiva e subjetiva a coleta de dados, tendo as atividades de integração ensino serviço como um dos pilares da concepção de educação desenvolvida.

A Instituição dispõe dos seguintes cursos: Fisioterapia, Medicina e Farmácia para a coleta de dados. O curso de Medicina possui a Medicina de Saúde e Comunidade que tem a Saúde da Família como espinha dorsal da estrutura curricular que tem o princípio da formação generalista. Outro princípio importante é a relação real dos alunos com os serviços de saúde. Atualmente a IES possui convênio com a Prefeitura de Juazeiro e com a Prefeitura de Barbalha.

Os currículos são nacionalizados pela parceria com a Faculdade Estácio de Sá, que permite escala para ações de pós-graduação à distância e outros cursos. A abordagem pedagógica é orientada por um mix de metodologias ativas, não sendo exclusivo o PBL, metodologia de ensino aprendizagem. Como estratégia educacional, o estudo de caso e trabalho com filmes é um recurso bastante utilizado. Para contribuir para a formação docente, a instituição incentiva que os professores participem da pós-graduação on-line de Docência do Ensino Superior, desenvolvida pela Universidade Estácio de Sá.

A Faculdade de Juazeiro do Norte apresenta uma área territorial de 2.618 m² e a área construída distribuída em três andares, totalizando uma extensão de 3.218 m². O horário de funcionamento em três turnos possibilita a capacidade de matricular mil e cem alunos. Os cursos de graduação disponíveis são: Ciências Contábeis, Sistemas de Informação, Enfermagem, Farmácia e Nutrição. Possui convênio com o sistema de saúde local para as atividades dos cursos de farmácia, nutrição e enfermagem, mas somente este último realiza estágios na ESF. Para cada disciplina, a faculdade privada disponibiliza o professor de estágio, denominando-o de preceptor. O professor acompanha no serviço, de cinco a seis alunos. O quadro de professores por nível de formação revela: 14 Especialistas, 52 Mestres e 8 Doutores.

4.3 Coleta de dados

A fase de campo foi construída com um grupo de três pesquisadores, o que tornou o campo muito rico, possibilitando trocas e diálogos sobre as impressões e sentimentos que emergiram na coleta de dados. O processo de organização do cronograma ocorreu através do apoio da Regional de Saúde e de contato com as Coordenações dos Cursos de Saúde do município de Juazeiro, potencializando a inserção dos pesquisadores no contexto local. O período de coleta de dados ocorreu em duas fases: durante o mês de agosto de 2011 e em outubro de 2012.

4.3.1 1ª Fase da Pesquisa/Fase exploratória: Aproximação com o campo

Esta fase representa a construção do projeto considerando os procedimentos e testes para o ingresso no campo de pesquisa (MINAYO, 20010).

- *Visita as Instituições de Ensino Superior*

O acesso às informações ocorreu inicialmente através dos sites das instituições de ensino, que apresentam a proposta pedagógica, endereço da escola, telefone para contato, oferta de cursos, grade curricular, o quadro de coordenadores de cada curso de graduação e fotos que revelam a estrutura disponibilizada ao aluno, tendo em vista que os cursos são predominantemente de faculdades particulares.

No momento da visita, buscou-se inicialmente apresentar o objetivo, enquanto pesquisadores e promover um reconhecimento das unidades de ensino. A primeira instituição visitada foi a Faculdade Leão Sampaio, que dispõe de três unidades: Crajubar, Saúde e Lagoa Seca.

Na Faculdade Leão Sampaio, contactou-se com todos os coordenadores de curso da área de saúde, conseguindo visualizar que as coordenações de Odontologia e de Educação Física, não participariam do estudo, tendo em vista que o primeiro curso ainda não vivenciava atividades práticas por se encontrar no terceiro semestre da primeira turma e o segundo por ser um curso de licenciatura. No contato com a direção da referida faculdade, aplicou-se uma entrevista aberta ao diretor e a coordenadora do curso de enfermagem, na primeira visita, por acreditar que o espaço concedido ao entrevistado possibilitaria uma maior manifestação da sua opinião sobre o tema investigado “Colaboração Interprofissional” e aproximaria os pesquisadores, do sentimento da integração ensino-serviço, no município de Juazeiro do Norte. O curso de enfermagem foi escolhido, tendo em vista que dentre os cursos visitados, esse se revelou com um maior contato com o serviço local de saúde.

Realizou-se também visita a Faculdade Juazeiro do Norte, que apresentava dois cursos na área da saúde: Enfermagem e Farmácia. Conheceram-se os coordenadores e, nesse momento, detectou-se, que apenas os estudantes do curso de enfermagem, já estavam em campo de estágio.

Buscou-se o curso de Educação Física do Instituto Federal Ceará (IFCE) e identificou-se que este, tratava-se de um curso de licenciatura, ou seja, não apresentava interface com a ESF. Outra instituição visitada foi a Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, que antes ofertava apenas o curso de Medicina, mas no momento estava abrindo processo seletivo para Enfermagem e Farmácia, assim, constituiu-se como campo de estudo as Faculdades Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte, Faculdade de Juazeiro do Norte e a Faculdade Doutor Leão Sampaio.

- *Visita à Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE*

Realizou-se a visita a fim de que ocorresse uma aproximação com os atores que mantém contato com as IES e, portanto, estão envolvidos com o processo de colaboração interprofissional. Nesse momento, aplicou-se a entrevista aberta à coordenadora da atenção básica e à coordenadora de projetos, no intuito de conhecer, a partir destes sujeitos, o processo

colaborativo que permeia os convênios entre as faculdades e o serviço de saúde e a operacionalização administrativa local. Teve-se acesso também aos documentos firmados entre estas instituições (convênios e relatório de gestão).

O contato com a Coordenação de Atenção Básica do município revelou que apenas 21 unidades recebiam estudantes de graduação, visto que as demais se tratavam do acolhimento de estudantes de cursos técnicos e outras, por serem equipes agregadas num mesmo prédio. Informou-se, também, que a Secretaria de Saúde havia contratado recentemente 20 enfermeiros, que durante o período da coleta, estavam passando por um processo de treinamento para assumirem a gerência das 63 unidades de saúde da família (número informado no período), distribuídas para esse grupo. Constatou-se a inviabilidade de entrevista, pois esses novos gerentes apresentavam ausência de experiência. Considerou-se positiva essa primeira visita para aproximar o campo de estudo e os atores da pesquisa, já que se reconheceram algumas informações que seriam úteis.

4.3.2 2ª Fase da Pesquisa

Essa fase ocorreu após o processo eleitoral para Prefeito e Vereadores de 2012, durante o mês de outubro, produzindo um viés no processo de coleta, considerando o momento de tensão política e construção da agenda da transição para o novo grupo político.

Utilizaram-se os seguintes procedimentos para coleta dos dados:

- I. Fontes primárias: diário de campo e roteiro de entrevista aberta para informante-chave (APÊNDICE B). Esta última foi aplicada nos referidos campos de estudo, onde os informantes encontravam-se desenvolvendo suas atribuições e foram gravadas em aparelho digital, de forma a preservar a totalidade e a fidedignidade das informações obtidas e posteriormente transcritas, propiciando a ordenação dos dados. O quadro a seguir sistematiza os atores das IES, que estão dispostos na análise pela sua atribuição, seguido de uma numeração com algarismos arábicos, que se apresenta conforme a ordem da realização das entrevistas.

Quadro 4 – Número de indivíduos entrevistados e a IES que pertencem. Juazeiro do Norte-CE, 2013.

(continua)

Entrevistado IES	Coordenadores de curso	Diretores	Preceptores de estágio
(IES A)	3	1	–
(IES B)	1	1	1
(IES C)	2	1	5
Total	6	3	6

Fonte: Rocha, 2013.

- II. Fontes secundárias, colhidas a partir da revisão e análise de documentos da gestão municipal de saúde, para análise do registro de acordos e parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e as IES.

Dentre as fontes primárias adotadas na pesquisa, o diário de campo se apresentou como uma ferramenta muito importante, considerando que para investigação contou-se com a parceria de três pesquisadores e a partir desse instrumento captou-se as impressões e sentimentos revelados no campo de estudo, que foram essenciais para o processo de análise.

A investigação através das entrevistas buscou abordar como pontos principais a pactuação entre as para o desenvolvimento de atividades curriculares pelos alunos da área de saúde, as potencialidades e fragilidades dessa relação, a compreensão sobre a colaboração interprofissional e se existem estratégias para fortalecer esta parceria, etc.

A amostragem foi proposital, pois os respondentes foram selecionados para representar os dois modelos de organização envolvidos, os quais se destacam: três profissionais da secretaria de saúde, envolvidos diretamente com o processo de colaboração com as IES (estes não terão as funções reveladas no serviço para garantir a confidencialidade do sujeito) e oito gerentes de unidades de saúde. Nas IES, realizaram-se entrevistas com dois diretores, seis professores/preceptores de estágio e seis coordenadores das instituições envolvidas.

Dos onze entrevistados que estão vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, orientaram-se as falas, dispostas nas discussões das IES para contribuir na análise do processo de colaboração de forma individual, sendo reconhecido e debatido pela evidência dos discursos. Estes são identificados através da palavra “profissional” seguido de uma numeração, que corresponde à ordem da execução da entrevista.

De acordo com Minayo (2010), a adoção da entrevista como técnica permite o desenvolvimento, acima de tudo, uma conversa a dois, ou realizada entre vários interlocutores e se destina a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, a partir da coleta de informações sobre determinado tema científico. É considerada ainda, a estratégia mais utilizada no trabalho em campo.

Quanto às fontes secundárias, o Relatório de Gestão do Município que se teve acesso foi elaborado no exercício da administração de 2009 e apresenta o plano de gestão para o quinquênio 2009-2013. Este documento revela o resultado de uma administração e se refere ao desenvolvimento da programação estabelecida previamente, revelando o compromisso da secretaria de saúde do município com a população juazeirense. Esse destaca ainda as rotinas de saúde e se ampara nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de considerar valores como a honestidade e ética (JUAZEIRO DO NORTE, 2010).

O convênio realizado pelas IES com o sistema de saúde de Juazeiro do Norte, outro documento oficial contemplado na pesquisa, informa as diretrizes legais, normatiza os deveres e obrigações de todos os envolvidos, incluindo gestores, estudantes e preceptores de estágio, pontuando também uma lista com insumos necessários para o desenvolvimento das atividades práticas nos serviços e o plano de trabalho que será desenvolvido pelas instituições de ensino.

4.4 Análise de dados

Esta fase compreendeu três etapas:

1. Para análise documental, selecionaram-se dois documentos oficiais do município: o modelo de convênio (Anexo A) e o relatório de gestão (Anexo B).

Os critérios de inclusão adotados para a seleção destes documentos foram: o resgate de documentos oficiais e/ou técnicos que contribuíssem para a discussão do processo

de colaboração envolvido entre as IES e o sistema municipal de Juazeiro do Norte, bem como os que promovessem um conhecimento mais aproximado das especificidades da gestão em curso.

- Primeira Etapa: Os textos foram buscados em internet e no contato pessoal com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte;
- Segunda Etapa: Identificação de dois documentos oficiais de acordo com os objetivos buscados;
- Terceira Etapa: Análise dos documentos, apresentados sob forma de blocos de informação.

Conforme indica Cutolo (2007), estes blocos de informação servem de roteiro para a análise de conteúdo realizada, devendo sempre se buscar, nos documentos analisados: o conteúdo propriamente dito, os autores institucionais, a sua veiculação, qual o conteúdo explícito do texto e o seu conteúdo simbólico e qual a sua fundamentação teórica.

- I. Diário de Campo: os registros deste instrumento serviram para uma análise interna de cada organização participante do estudo e posteriormente para a análise transversal, buscando a captação do processo de colaboração e os fatores que o influenciam.
- II. Entrevistas em profundidade: foram transcritas na íntegra e exploradas a partir da leitura exaustiva do pesquisador, procurando a ordenação dos dados a serem explorados em conformidade com o referencial teórico do modelo analítico de colaboração interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Analisou-se cada instituição separadamente, considerando os entrevistados das mesmas. Os resultados são apresentados em termos das quatro dimensões e dos 10 indicadores do modelo para cada caso e reproduzido de forma esquemática no gráfico Kiviat com níveis de 1 a 3.

Para a construção do gráfico de cada IES, analisaram-se as falas dos entrevistados de cada instituição, buscando promover a transversalidade das falas dos profissionais que compõem o sistema municipal de saúde de Juazeiro do Norte. Isso permitiu visualizar o nível de colaboração entre as duas organizações e classificá-lo de acordo com o referencial teórico (D'AMOUR *et al.*, 2008).

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida e fundamentada segundo os princípios éticos da Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, cumprindo todas as exigências e regulamentações específicas contidas nesta Resolução (BRASIL, 2003). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), protocolo nº 911.

Todos os indivíduos selecionados foram previamente informados sobre a natureza e os objetivos da pesquisa. Aos sujeitos envolvidos foi garantido sigilo absoluto de sua identidade e das informações fornecidas, sendo os mesmos informados sobre a posterior publicação dos resultados da pesquisa para fins científicos. Foram incluídos na pesquisa apenas aqueles sujeitos que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

|

5ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo contempla a apresentação dos resultados e discussões propostas, trazendo em primeiro plano as ações que são desenvolvidas em parceria entre IES e ESF, logo depois se revelou uma análise dos documentos coletados, que intermediam o processo de colaboração entre as organizações e, posteriormente, apresentou-se o enfrentamento das organizações, na tentativa de captar as discussões propostas por cada dimensão do modelo analítico.

5.1 Ações de Colaboração Interprofissional da interface IES/ ESF

De acordo com os relatos colhidos nas entrevistas, constataram-se algumas ações que deflagram atividades de integração entre preceptores, estudantes e profissionais da ESF, nas três IES do estudo. Estas ações serão apresentadas, considerando identificação, desenvolvimento, sujeitos que estão implicados no processo e o cenário da prática de atividades. Posteriormente, pontuaram-se como estas podem contribuir para a qualidade da atenção à saúde e educação permanente dos envolvidos. Dessa forma, seguem as atividades:

- **Atendimentos e a organização da demanda espontânea**, que ocorre a partir de uma divisão do número de consultas entre profissionais, alunos e preceptores para a agilidade nos atendimentos, e a organização dos usuários na sala de espera, essas ações têm o intuito de reduzir o tempo de espera da consulta e orientar os usuários como está se dando esse atendimento.
- **Projetos de extensão** que podem ocorrer na comunidade, em escolas e hospitais, esses ocorrem com uma periodicidade regular e objetivam a prestação de uma atenção qualificada à saúde em benefício da comunidade. As experiências com o projeto de extensão contam com o apoio dos profissionais de saúde, outras ocorrem na comunidade sob a coordenação apenas da IES.
- **Realização de programas por ciclos de vida ou por doenças crônicas**: ocorrem a partir da divisão do atendimento da demanda programada e educação em saúde na sala de espera. Os envolvidos são alunos, preceptores e profissionais

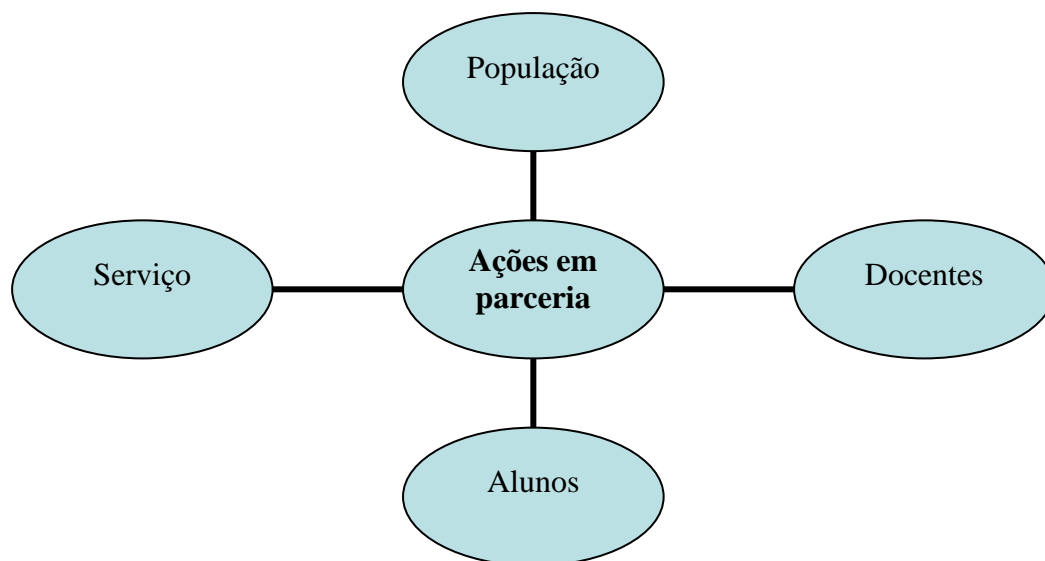
de saúde e essa se processa na própria unidade de saúde aos programas definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2010).

- Atividades programadas na comunidade são sugeridas pelo sistema de saúde do município para que os atores da IES contribuam com o trabalho realizado em parceria com os profissionais de saúde; ocorrem, geralmente, na comunidade em datas significativas ou comemorativas.

Nessa perspectiva, considera-se que a integração para o desenvolvimento das atividades programadas permite uma maior organização do atendimento ambulatorial; o aumento da confiança da comunidade em relação à equipe; identificação da necessidade de adequação do processo de trabalho; melhora na qualidade de vida da população; informação à comunidade sobre práticas saudáveis e organização da unidade de saúde; identificação de outros espaços de atenção à saúde como escola, comunidade e domicílio; inclusão de atividades promocionais, tais como: cuidado com o ambiente, autocuidado, e outras; fortalecimento da articulação intersetorial; reconhecimento da necessidade de relativizar as práticas acadêmicas com o saber comum; diversificação de cenários de docência-aprendizagem; abertura para o envolvimento interdisciplinar e/ou interprofissional; ativação do grau de compromisso dos atores para atender a necessidade evidenciada na comunidade; fortalecimento do aprendizado e capacidade docente.

|

Figura 4- Atores envolvidos nas ações de colaboração.



Fonte: ROCHA, 2013.

5.2 Análise documental

5.2.1 Modelo de convênio para concessão de estágio

O convênio é um documento que estabelece as bases, nas quais as partes se propõem a uma negociação para resolução de conflitos e demandas de interesses particulares, seguindo um padrão que se adapta ao contratante, podendo neste caso, serem as IES e Escolas Técnicas. Propõe-se ainda, auxiliar na realização das finalidades administrativas, entrando em consensos que estão implícitos, como: “a prestação e o atendimento com qualidade, eficácia e democracia dos serviços públicos e das demandas da cidadania, em seu benefício e em benefício da dignidade da pessoa humana” (JÚNIOR; BRAGA, 1998, p. 97).

O conteúdo do convênio textual orienta em seus objetivos gerais, o desenvolvimento das relações entre o contratante e o contratado, como se dará o tratamento dos conflitos que surgem em seu curso, o plano de trabalho e as obrigações e deveres de estudantes, professores, supervisores, responsáveis pelos serviços e do núcleo de gestão da Secretaria de Saúde do município. Esse documento aborda as condições para a realização de estágios curriculares pelos alunos com matrículas ativas, dando abertura para os docentes e discentes aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a informação do

contratante. A publicação para a referida divulgação da negociação estabelecida ocorre no Diário Oficial do Município, ficando as despesas desta publicação a cargo do mesmo (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Na perspectiva de captar inferências analíticas entre o documento de análise e o referencial teórico- metodológico adotado na tentativa de deflagrar, como este material poderia contribuir para aproximar as duas organizações envolvidas, não só mediante um acordo firmado, mas na intenção de transpor as dimensões do referencial teórico com o roteiro disposto no convênio e ainda, contextualizá-lo como um instigador ou não da colaboração interprofissional, revelam-se as discussões a seguir.

Destacou-se onde se lê: “o representante legal da conveniada se encarregará de elaborar um plano anual de trabalho, comprometendo-se a manter comunicação frequente com a conveniente”, impulsiona o estabelecimento de momentos em que o coletivo possa se reunir para discutir regras em comum ou estabelecê-las.

O anexo que institui o plano de trabalho pode ser um meio para viabilização de ações para contribuir com a qualidade do serviço de saúde, mediante o apoio prestado aos profissionais da ESF e ainda, deflagrar as dimensões da internalização, a partir da proposição de atividades conjuntas, potencializando a idéia de equipe, e a de objetivos comuns. Quanto à dimensão da governança, essa pode ser destacada a partir da revelação dos condutores desse processo, pois esse na sua totalidade representa atitudes de liderança para potencializar a colaboração interprofissional.

5.2.2 Relatório Anual de Gestão/ exercício 2009

O Relatório de Gestão é um instrumento básico de planejamento, sendo considerado fundamental para o processo de construção do SUS (JUAZEIRO DO NORTE, 2010). Sua elaboração e formalização se tornam cada vez mais necessárias, à medida que se consolida a perspectiva de direção única de cada esfera de governo e se estabelece a construção de rede regionalizada e hierarquizada de serviços, o que se torna mais evidente tendo em vista que o Ministério da Saúde está disposto firmemente na garantia da descentralização da gestão, adotando como uma de suas metas prioritárias (BRASIL, 1997).

Para efetivação do processo de descentralização, cada instância do SUS, neste caso o município de Juazeiro do Norte, deve dispor de um plano de saúde, cujo desenvolvimento e os resultados devem está expressos no respectivo Relatório de Gestão. Este instrumento se destina a todos que compõem a secretaria de saúde do município e aos usuários do SUS local, garantindo também para este último à responsabilização pela sua elaboração através da pactuação e aprovação feita pelo Conselho Municipal de Saúde. Sendo esta tarefa em 2008, efetivada por meio da Portaria GM/MS nº. 325(JUAZEIRO DO NORTE, 2010).

Os veículos utilizados para a divulgação são a internet, através do site da prefeitura de Juazeiro do Norte e a reprodução e acessibilidade pode se verificar na sede da Secretaria Municipal de Saúde. O conteúdo aborda cinco blocos: o primeiro realiza uma apresentação do município, contemplando a descrição da sua rede assistencial à saúde; o segundo elabora um demonstrativo da execução das ações anuais do plano municipal de saúde; o terceiro dispõe sobre a orçamentação financeira e despesas previstas; e finaliza com anexos que apresentam o demonstrativo de repasse para despesas com serviços de saúde, a portaria que orienta a elaboração deste relatório (Portaria nº3.176, de 24 de dezembro de 2008), a composição dos atores a quem se destina este plano, responsáveis também pela sua elaboração e o termo de compromisso da gestão municipal, portanto com a mesma perspectiva de transpor as dimensões do referencial adotado para análise da colaboração interprofissional, conforme feito no documento anterior buscou-se identificar, a partir de cada bloco, as intercessões, que pontuam a relevância deste documento para o estudo.

Quanto ao conteúdo do material, analisam-se os capítulos que estão dispostos e se destaca que apenas o capítulo 4 atenderia aos pré-requisitos antes referidos, pois nesse se encontra a descrição das atividades de atenção à saúde, assim como os desafios e compromissos assumidos pela gestão, visando a potencialização e qualificação da atenção à saúde para o público juazeirense.

O que se conseguiu captar foi: uma experiência de colaboração entre a secretaria municipal de saúde e uma Instituição de Ensino Superior, desenvolvida em um Hospital infantil da cidade; a proposição de atividades a serem realizadas, incluindo educações em saúde à comunidade, mas sem destaque dos parceiros que poderiam auxiliar no processo; um convênio com uma IES, para a disponibilização de procedimentos ambulatoriais em um hospital; o compromisso da gestão na qualificação do atendimento à saúde através da capacitação dos profissionais, mas também sem referência as parcerias que poderiam ser

firmadas para o apoio a esse processo e uma referência de capacitação sobre Hanseníase para alunos de escola e universidades para atuarem como multiplicadores.

Pontua-se então, de acordo com a análise deste documento em consonância com o referencial teórico-metodológico (D'AMOUR *et al.*, 2008), que as dimensões não podem ser avaliadas através dos níveis dos seus indicadores, porque o apanhado de subsídios para este fim não se apresenta suficiente, tendo em vista à captação de apenas alguns trechos na leitura do material que responderiam à investigação. No entanto, ainda foi possível, a partir da leitura minuciosa do material, detectar que a colaboração entre IES e o sistema municipal de saúde, com referência à ESF, precisa ser potencializada, porque muitas atividades propostas neste relatório poderiam ter o apoio das escolas e universidades.

5.3 Análise da Colaboração Interprofissional entre coordenadores e preceptores das Instituições de Ensino Superior, gestores e gerentes de unidades da ESF, segundo D'Amour *et al* (2008)

5.3.1 IES A

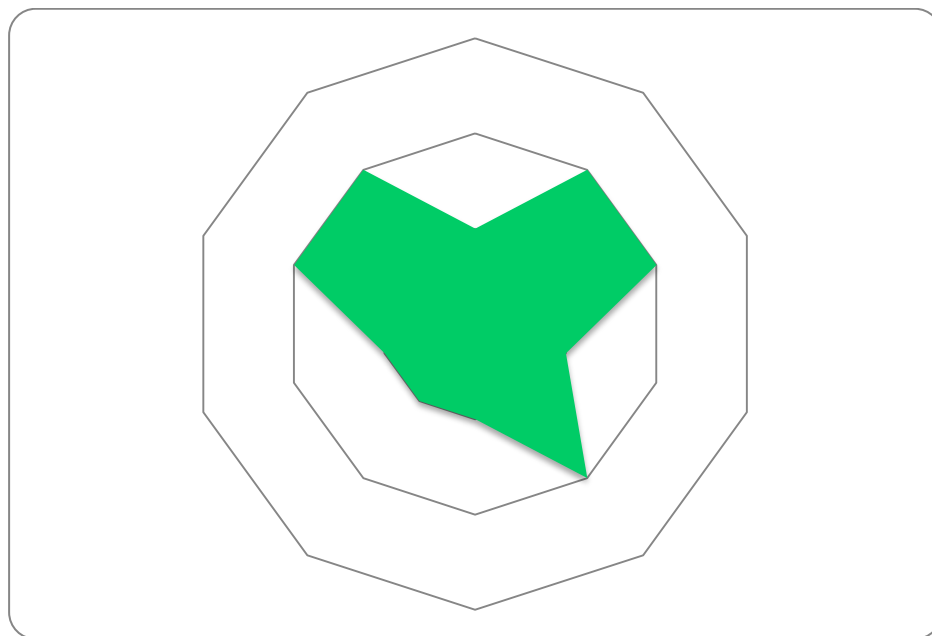
A instituição privada possui quatro unidades em funcionamento com seis cursos de graduação na área de saúde. Destes, apenas os cursos de Serviço Social e Enfermagem realizam estágios na ESF.

De acordo com o registro do diário de campo e entrevista com o gestor, a universidade prima pela potencialização das parcerias entre IES e os serviços de saúde da região, objetivando a qualificação do ensino e o benefício à comunidade assistida. A pedagogia da Instituição busca contemplar o reconhecimento, aproximação e envolvimento com a Estratégia Saúde da Família, considerando que essa configuração representa os objetivos do SUS para a prestação de uma atenção à saúde de forma qualificada ao usuário e estendendo o conhecimento para o trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva de dirigir os egressos de forma tranquila para este campo de atuação, que cresce a cada dia e se fortalece enquanto estratégia.

Além dessas inferências iniciais, pontua-se que os entrevistados da IES, reconhecem como satisfatória a parceria estabelecida com o sistema municipal de saúde. Portanto, para a verificação da colaboração, seguindo os preceitos do referencial teórico-

metodológico, dispõem-se os níveis dos indicadores no gráfico Kiviat (Figura 4) e discorrem-se as classificações.

Figura 5 – Gráfico Kiviat da IES A. Sobral-CE, 2013.



Fonte: Rocha, 2013.

No que dizem respeito aos objetivos compartilhados, as respostas dos participantes permitem classificar como baixa a integração da IES com a Estratégia Saúde da Família e à ausência de objetivos em comum ou o conflito destes; seguem as falas:

(...) a gente não entrava num acordo entre o enfermeiro da unidade e o preceptor da faculdade para ter um meio termo né (...) porque se ele não tiver uma remuneração, não ganhar, muitas vezes ele dificulta e não deixa que o estágio aconteça de forma correta e satisfatória. (Coordenador 4)

A gente viu a necessidade de está expandindo o campo para o enfermeiro do serviço acompanhar, porque às vezes ele trava o serviço do preceptor que é da instituição de ensino; em alguns momentos a gente tem que fazer negociações(...). Na maioria das vezes, o que se deixa perceber é a questão financeira; se eu tô aqui, se eu sou enfermeiro e eu posso ganhar um pouco mais, porque é que eu não vou ganhar?(Coordenador 5).

(...) eles cedem o campo de estágio e a gente manda esses materiais para esses alunos utilizarem. Então assim é uma contrapartida de ambos os lados.(Coordenador 4).

(...) mando todos os materiais e a prefeitura recebe o repasse (...) pra fazer atividade no posto (...). (Diretor 1).

(...) a contrapartida que a gente quer deles é o que tem no convênio, é o insumo que os alunos usam, são os insumos que os alunos usam, entendeu?(Profissional 2).

Os atores dessa IES se detêm a colaboração interprofissional como o apoio que é recebido através da abertura do campo de estágio pelos profissionais da ESF para a garantia do desenvolvimento do estágio curricular, ou seja, a colaboração não está centrada para atender as necessidades dos usuários do serviço, mas para orientar interesses privados. (CAMPOS, 2005).

Essa perspectiva de consecução de metas desvirtua-se do que o referencial propõe, porém a compreensão de que entre esses objetivos deve haver a contemplação de iniciativas que priorizem também a gestão das relações de trabalho é reconhecida como necessária, mas o que se observa no substrato das falas, é uma negociação que se direciona para atender a interesses mercantis (JÚNIOR; BRAGA, 1998). Por um lado, o enfermeiro não cede o espaço da unidade de saúde caso não haja uma gratificação, que seria paga pela supervisão do estágio ou mediante os insumos que são fornecidos pela IES, por outro lado, a Instituição só se preocupa em atender a grade curricular que exige a inserção em campo.

Essa discordância, segundo o referencial de D'Amour *et al.* (2008) classifica como nível 1 de colaboração a dimensão objetivos comuns, ou seja, apresenta uma colaboração latente, que dificulta a qualificação do trabalho na saúde.

Quanto à dimensão da internalização, os dados pontuam momentos de atuação em conjunto, que direcionam para o desenvolvimento da colaboração. As falas a seguir revelam:

(...) quando no serviço de saúde da atenção básica tem muita demanda; então os nossos alunos conseguem atender esta demanda junto com o enfermeiro do serviço e junto com o preceptor (...). (Coordenador 4).

(...) então a gente criou uma demanda e um serviço que acho que assim, é a grande contribuição da faculdade né, a gente tá ampliando a prestação de serviço e eles pro outro lado cederam o espaço (...) eu acho que a grande contribuição desses dois lados né, e ela é valorosa porque um sem o outro não acontece.(Coordenador 6).

De acordo com os entrevistados, existem momentos de integração, mas não se consegue ter clareza se há uma interdependência no trabalho e para o trabalho na ESF. O que se consegue captar é que, uma das organizações propõe uma ação e para sua realização há o envolvimento em conjunto, porém a concepção ou formulação não é revelada como produto comum, e de acordo com a fala a seguir, proferida pelo profissional do sistema de saúde, o aluno não é visto como corpo integrante da equipe de saúde:

O profissional médico ou enfermeiro que esteja lá para receber esses alunos são meros expectadores e acompanham por quê? Porque são profissionais de saúde e são responsáveis pelo posto e por esse pessoal está utilizando o equipamento do município eles tem obrigação apenas de observar (...). (Profissional 1).

Esse recorte dos dados coletados permite que se remeta à discussão proposta pelo princípio da integralidade do SUS, considerado como o fundamento proposto para a organização do processo de trabalho, mediante a compilação de saberes para a garantia de uma atenção à saúde qualificada, que recusa o reducionismo, à objetivação do sujeito e direciona os profissionais para uma abertura ao diálogo para as ações em conjunto, internalizando a prática de se trabalhar em equipe para a obtenção de resultados positivos, que zelam pela satisfação do usuário (PINHEIRO; MATOS; BARROS, 2007).

Dentre as estratégias destinadas à atenção integral, considera-se que essas devem acontecer a partir de parcerias de vários setores e através da formação de redes de colaboração unidas para estabelecer metas e ações comuns na tentativa de contribuir para a criação de ambientes mais favoráveis e fomentadores de saúde (MORETTI *et al.*, 2010; BUSS, 2003; BRASIL, 2002b).

No contexto do SUS, essas estratégias que garantem o estabelecimento de uma política transversal, integrada e intersetorial se configuram como um desafio para a gestão. No entanto, deve ser garantida, pois faz parte da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, que contribui também com a ordenação de recursos humanos na área da saúde que está disposta no artigo 200 da Constituição de 1988 (BRASIL, 2011; 2006).

Tomando como base o referencial adotado para a pesquisa, classifica-se o indicador de interdependência como nível 1, pois ainda apresenta algumas fragilidades pela falta de alinhamento de conceitos que circundam a integração ensino-serviço.

No que diz respeito ao indicador confiança, esse acaba sendo classificado com maior intensidade (nível 2), pois segundo os discursos, apesar de não haver uma articulação comum para o desenvolvimento de atividades em conjunto, o envolvimento dos alunos nas ações remetem aos profissionais de saúde uma segurança de um bom atendimento ao usuário. As falas a seguir destacam:

(...) é um grupo a mais para dar um suporte. (Profissional 4).

A população gosta bastante (...) se é uma equipe grande de seis a sete alunos, então dá pra dar uma atenção maior do que apenas um médico ou só um enfermeiro.(Profissional 9).

Ressalta-se que se esse indicador está tomando forma, ou seja, a colaboração está em processo de desenvolvimento. O que é necessário para o seu fortalecimento são articulações por parte dos atores imbricados com a integração ensino-serviço, para a construção de práticas intercessoras que valorizem o saber compartilhado, tomando como finalidade a prestação de um atendimento de qualidade ao usuário. A falta de interação entre as duas organizações já corresponde à dimensão discutida a seguir, que destaca a ausência de líderes para a condução do processo.

Em termos de dimensão de governança, os resultados revelam que quanto ao nível do indicador conectividade, a colaboração está em desenvolvimento. Seguem as falas:

(...) é muito aluno para se gerenciar no mesmo turno. Então houve anteriormente essa reunião pra se organizar ou melhor direcionar esses alunos nos mesmos serviços comuns a todos(...).(Coordenador 4).

(...) foi o único momento que nós tivemos, que foi a territorialização do campo de estágio e nesta territorialização nos exigiram um plano de trabalho (...), mas não tivemos nenhum retorno(...). (Coordenador 5).

Centrando a discussão da necessidade de conectividade, Albuquerque *et al.* (2008), revelam que os espaços de interseção entre ensino e serviço são de grande importância para a consolidação do SUS, bem como para a formação em saúde. Desse modo, entende-se que é a partir da interlocução que estratégias, dificuldades, táticas, como também a resolução de conflitos são solucionadas.

Ainda, de acordo com D'Amour *et al.* (2008), os parceiros envolvidos em um processo de colaboração devem trabalhar para melhorar a conectividade e a comunicação através da criação de comitês e fóruns consultivos, onde os profissionais poderiam trazer suas queixas para que os necessários ajustes pudessem ser feitos antes que a situação se deteriore.

No que se refere à liderança, de acordo com as falas, esta é pontual, fragmentada e realizada sem foco por autores diversos em circunstâncias também diversas, o que revela à ausência de um coordenador/chefe/líder para conduzir o processo de colaboração entre profissionais de saúde, preceptores e alunos.

Eu acho que se existisse esse acompanhamento das atividades a gente podia atender mais a demanda deles, a necessidade deles, aquilo que eles visualizam né. (Coordenador 6).

Eu acho que mais comunicação né. Eu acho que assim, no momento que a gente solicita o estágio, uma das condições, talvez até do parceiro, fosse realmente que nós tivéssemos reuniões semestrais juntos aos coordenadores que fazem as estratégias de saúde no município (...). (Coordenador 6).

Segundo Capra (2002), o líder cria uma visão para facilitar o surgimento da novidade ou de práticas inovadoras; ele utiliza do poder de autoridade para capacitar, fortalecer e dar poder aos outros. Portanto, a falta dessa liderança, dificulta a conectividade e promove um distanciamento dos profissionais das unidades de saúde e parceiros.

Como a liderança formal geralmente é reconhecida nas organizações administrativas, as quais devem apresentar clareza, que o papel do líder é fundamental para otimização dos objetivos concretos e a visão deve ser compartilhada, para que se atinja uma meta comum a todos que estão imbricados no processo colaborativo. Essa ação se faz necessária para que as organizações, que não contam com esse líder, segundo Capra (2002, p.133), “haja uma rede ativa de comunicação com múltiplos elos de realimentação” na tentativa de captar a figura da liderança de forma espontânea.

Mesmo com os relatos da falta de apoio para que a colaboração aconteça, consegue-se ainda, destacar nos discursos, a introdução de práticas inovadoras, revelando assim, alguns momentos em que nesta relação se apresentam atitudes de governança; mas sendo esta superficial e transitória.

Nós acabamos tendo levantamentos de dados e que no final acabam suscitando algumas possibilidades de intervenção na comunidade (...), alguns projetos nós já temos e se criam outros projetos, outras coisas pra que essa comunidade seja atendida. (Coordenador 6).

Quanto à dimensão formalização, as relações de colaboração na Instituição pesquisada são baseadas principalmente em um acordo elaborado conjuntamente pelos parceiros, que se configura como um convênio. Constata-se que esse se consolida como o único acordo firmado que ocorre em processo de negociação dos campos de estágios e é estabelecido sem incorporar na sua elaboração estratégias, que contribuam para a potencialização da colaboração entre as duas organizações envolvidas. Dessa forma, o indicador é considerado como nível 2 no gráfico. Os discursos destacam a seguir:

(...) os diretores entram em contato com o secretário de saúde, firmam esse contrato e a partir daí os cursos formulam os planos de trabalho, o que e que irão executar lá (...) e aí depois de firmado isso é que nossos alunos vão pro campo de estágio. (Coordenador4).

Se faz o termo de convênio, que pode ter duração de um a dois anos (...).(Coordenador 5).

(...) a gente faz a contratação, faz o contrato de tempos em tempos (...). (Coordenador 6).

Primeiramente eles trazem até a gente a documentação necessária pra formalização do convênio, estando tudo de acordo com que é solicitado pela Procuradoria Jurídica é formalizado o convênio, assinado com as cláusulas acordadas entre si. (Profissional 1).

E no que se referem aos mecanismos de troca de informações, os mesmos não apresentam uma infraestrutura comum para um momento de discussão coletiva ou para firmar acordos, o que provoca um distanciamento dos parceiros, bem como a falta de alinhamento de conceitos, objetivos e práticas para assegurar o cuidado em saúde. As falas destacam a ausência de momentos de integração para discutir sobre as responsabilidades de cada organização e apresentam sugestões para que isso aconteça:

Nós estamos atendendo a comunidade, mas nós estamos também atendendo uma necessidade do município (...) a gente poderia sim, receber um diagnóstico né? (...) especialmente da secretaria de saúde que apontasse as dificuldades, as fragilidades e que a gente pudesse chegar até com um plano de trabalho mais direcionado pra isso né?(Coordenador 6).

Eu acho que primeiro tem que se montar toda uma estrutura que é elaborar um projeto município e instituição de ensino para ver quais são as possibilidades e disponibilizar pro município e o município contar pra ele quais são as necessidades e, (...) conseqüentemente, por isso em prática (...). (Profissional 1).

De acordo com Feuerwerker e Sena (1999), ir aos serviços de saúde com uma agenda construída em conjunto, que leve em conta não somente as necessidades de aprendizagem do aluno, mas também os problemas identificados na comunidade e pelos serviços, é completamente diferente do que uma agenda unilateral, que contempla apenas as proposições da IES. É a partir da interação que novos objetos de estudo e de trabalho podem ser definidos, tornando-se frutos de desafios concretos e não simplesmente de definições teóricas.

A ação conjunta se consolida como um processo de aprendizagem e determinação de sujeitos, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da

qualidade de vida da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

5.3.2 IES B

Trata-se de uma instituição privada com três cursos na área de saúde; dentre eles apenas o curso de Medicina participou da pesquisa, por ser o que desenvolve suas atividades, em especial, na ESF.

AIES dispõe de currículos nacionalizados, o que permite uma escala para ações de pós-graduação à distância e outros cursos. A abordagem pedagógica é orientada por um mix de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Como estratégia educacional, o estudo de caso e trabalho com filmes são recursos bastante utilizados. Como estratégia de formação docente, a instituição incentiva que os professores participem de pós-graduação on-line de Docência do Ensino Superior, desenvolvida por uma instituição parceira.

De acordo com os registros do diário de campo, entende-se que a busca de se constituir em uma Instituição de Ensino coerente com os princípios da Atenção Primária em Saúde e voltada para as necessidades loco regionais foi o que transversalizou de forma objetiva e subjetiva a coleta de dados tendo as atividades de integração ensino- serviço como um dos pilares da concepção de educação desenvolvida.

Segundo as informações prestadas pela gestora da IES, o curso de Medicina possui a Medicina de Saúde e Comunidade como espinha dorsal do Projeto Político Pedagógico (PPP) e do currículo. Entre os docentes existem professores que atuam como preceptor de serviço de Medicina de Família e Comunidade e docente das respectivas disciplinas.

Essa dupla inserção dos docentes é uma política pedagógica adotada pela instituição segundo a Diretoria Geral, pois potencializa o processo de ensino aprendizagem e qualifica a formação dos estudantes.

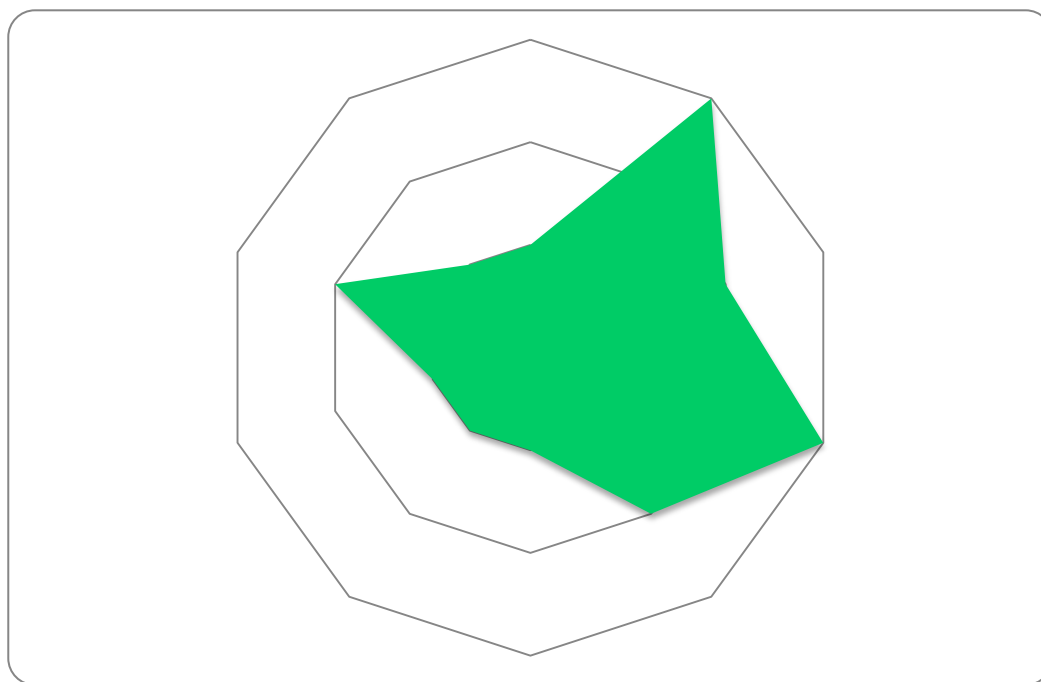
Destaca-se ainda, que esta IES representa uma singularidade no que diz respeito à colaboração interprofissional, tendo em vista a permeabilidade durante toda a grade curricular de disciplinas com estágios desenvolvidos na APS e a compreensão dos atores da necessidade do fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço para contribuir na formação e

consequentemente, para a prestação de um atendimento de qualidade ao usuário. No entanto, algumas fragilidades desta relação com a ESF também são reveladas e atenta-se para a representatividade das falas para conseguir uma aproximação de forma mais fidedigna da classificação, conforme o referencial adotado.

Revela-se que os entrevistados declaram como boa a parceria com a ESF, mas pontuam com veemência a possibilidade de ampliar esta relação para contribuir com a qualidade do atendimento de saúde em Juazeiro do Norte.

O gráfico Kiviat (Figura 5) que segue, representa estas inferências iniciais e permite uma análise mais apurada dos indicadores, a partir das falas apresentadas.

Figura 6 – Gráfico Kiviat da IES B. Sobral-CE, 2013.



Fonte: Rocha, 2013.

No que se refere aos objetivos, essa IES destaca, a partir da extração de algumas falas, que existe um interesse como pano de fundo para o desenvolvimento de estágios curriculares na ESF, sendo este, a qualificação do atendimento, mediante o envolvimento dos alunos no campo, somado à contribuição prestada pelo preceptor na assistência. A inferência permite destacar o papel pedagógico, mas também político que deve ser presente nos objetivos da IES. Destaca-se a seguir:

(...) a estrela é o paciente, você trabalha para ele (...) ele é o artista principal, ele é quem você tem que olhar, então ele é quem vai ganhar. Eu acho que quando houver esta interpelação né, essas mãos dadas entre os dois lados, eu acho que quem ganha de forma geral, é o paciente (...), o que eu vejo de positivo é que a comunidade é quem mais ganha. (Coordenador 1).

O discurso, portanto, revela que a IES compreende que o seu processo de formação está além da garantia da competência formal, ela deve contemplar também uma competência política para a prestação do cuidado profissionalizado no SUS, pois dessa forma há uma incorporação de conhecimentos que devem ser direcionados principalmente para atender a fins políticos e sociais da profissão (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Pontuando outra perspectiva, destaca-se o interesse financeiro do sistema municipal de saúde para a garantia da realização dos estágios, estabelecendo o fornecimento de insumos como moeda de troca (CAMPOS, 2005).

(...) a dificuldade que às vezes a instituição coloca pra receber o aluno (...), ele bota o pé mesmo na barriga das instituições né e só recebe se tiver isso, se me der isso e isso, e ele não pensa na qualidade daquilo ali. (Coordenador 1).

O município não tem cobrado nenhum tipo de contrapartida por parte dessas instituições, apenas eles são obrigados a levar o material de consumo que é utilizado dentro das unidades de saúde (...). (Profissional 1).

Considera-se importante revelar que, se a classificação apresentada se referisse apenas aos objetivos da IES, no que diz respeito ao processo de colaboração, este se enquadraria em nível 3, ou seja, a colaboração seria ativa, mas pelo relato colhido de algumas falas sobre estes entraves promovidos pelo sistema municipal de saúde, o nível do indicador de compartilhamento se classifica como 1, latente colaboração.

Mediante a análise, revela-se que a IES apresenta uma orientação de objetivos, voltada a atender os interesses da população assistida pelo município, no entanto, relata a falta de iniciativa para fortalecer esta interação, o que irá ser destacado ainda mais adiante nos demais indicadores do processo de colaboração.

Eles iniciaram com um projeto de pesquisa (...), então é também um grande benefício pra comunidade, mas pouca gente conhece (...). Então, acho que esse benefício ele poderia ser ampliado pra população a depender do tipo de convênio que a gente faça, mas enquanto isso não ocorre né, a gente vai fazer os nossos atendimentos aqui visando realmente essa coisa da população. (Diretor 2).

(...) então o grande objetivo da instituição sempre foi oferecer o melhor serviço à comunidade de Juazeiro já que nós estamos dentro do município, mas houve muitas dificuldades nessa relação política da nossa instituição com o poder político da cidade. (Coordenador 1).

Nesse entorno, considerando que a orientação da IES está voltada para o desenvolvimento de uma colaboração ativa, este resultado já sinaliza a dimensão a seguir, que pelos mesmos fatores e, acrescidos de outras justificativas se encontram em mesmo nível.

A internalização revela uma interdependência de atividades regulares durante a permanência do aluno na ESF, sendo pontuado na fala a seguir:

(...) na prática o que acontece é que todos os alunos são inseridos nos atendimentos de pré-natal, nas consultas médicas de hipertensão, de diabetes, nos pré-natais, nas visitas domiciliares, então a equipe de acordo com a agenda predefinida dos ACS a gente faz visitas domiciliares e os alunos vão, acompanham os internos, enfim, então (...) a faculdade tem realmente participado de todo o andamento do PSF. (Preceptor 1).

(...) o estudante quando ele entra ele vem com toda força, realiza muita educação e saúde, visita, realiza curativo, então assim, é um grupo a mais pra dar um suporte. (Profissional 4).

Este relacionamento organizacional é fruto de uma interação que deva ser contínua para resultar na confiança de ambas as partes, que segundo Fukuyama (1995), nasce do seio de comunidades que apresentam um comportamento baseado em normas compartilhadas pelos seus membros, sendo a grande influenciadora da prevalência da interação.

Considerando que a ESF não comunga com os mesmos objetivos da IES, que influenciam diretamente o indicador confiança, a colaboração ainda está em processo de construção entre as organizações.

Em relação à dimensão de governança, ela se caracteriza pela fraca centralidade, pois sua autoridade central não é definida, o que impede a direção ou influência das ações. Também não se capta a promoção de práticas inovadoras e nem o apoio por ambas às organizações para que isso aconteça. O discurso a seguir reúne estas inferências:

A gente tem esse link, mas esse link é muito amador, vamos colocar assim, ele poderia ser melhorado a depender desse tipo de convênio que a gente possa fazer e melhorar né. (Diretor 2).

Quanto à dimensão de formalização, o único acordo assinado pela ESF e esta IES ocorre também através de convênio, que representa o estabelecimento de critérios e condições do processo de envolvimento entre parceiros, porém se reconhece que este não é suficiente para fortalecer a colaboração entre organizações, por vezes, o entendimento informal, baseado na confiança de ambas as partes, provê um fator ainda mais poderoso na determinação de como colaborar (CHILD, 2001).

Diante do exposto sobre cada dimensão e seus devidos indicadores, o que se infere sobre esta relação é que, a colaboração ainda se encontra em processo de desenvolvimento pela falta de articulação entre os parceiros para contribuir na potencialização da intercessão.

5.3.3 IES C

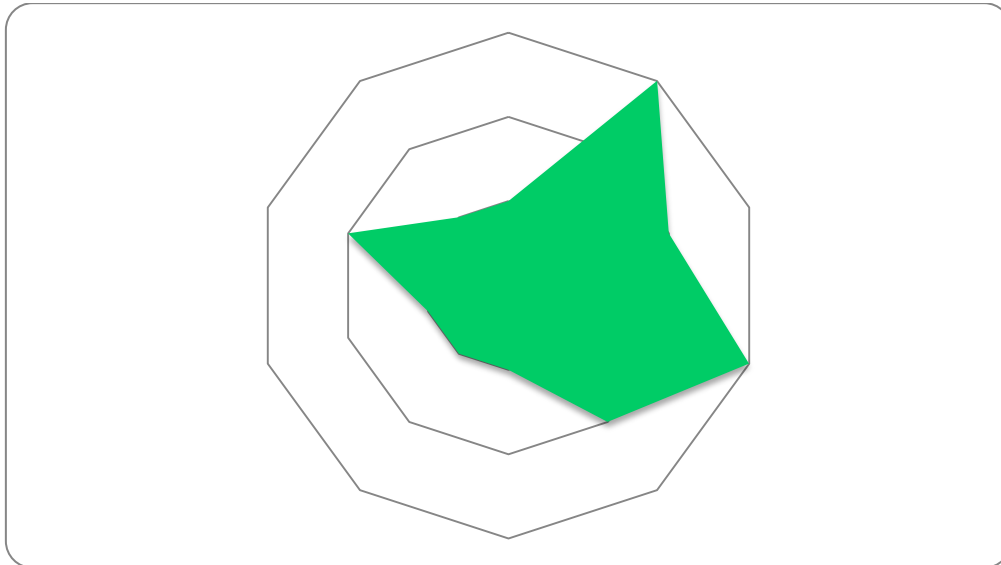
Corresponde também a uma instituição de ensino privada, com três cursos de graduação na área de saúde. Possui convênio com o sistema de saúde local para as atividades dos cursos de Farmácia, Nutrição e Enfermagem, mas somente o último realiza estágios na ESF.

Segundo informações do seu gestor e dos registros do diário de campo, captam-se as seguintes informações: cada disciplina tem um professor de estágio, denominado de preceptor*, que acompanha no serviço de cinco a seis alunos; o quadro de professores por nível de formação revela: 14 especialistas, 52 mestres e 8 doutores e a Instituição apresenta uma relação bastante aproximada com a Estratégia Saúde da Família, tanto por corresponder a um campo de estágio que permite as atividades de ensino, pesquisa e extensão como também pela presença de atores importantes que atuam nas duas organizações.

O processo de colaboração é algo que vem sendo trabalhado, estabelecendo confiança, fundamentada e uma interdependência das partes pelas ações desenvolvidas em espaços comuns e pelo reconhecimento dos gestores, da necessidade de fortalecer parceria para atender aos interesses organizacionais e, conseqüentemente beneficiar a população assistida pelo Sistema Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte. Revela-se o gráfico Kiviat (Figura 6) a seguir.

Preceptor: profissional que tem como objetivo ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Este se preocupa principalmente em desenvolver a competência clínica e a aprendizagem significativa do profissional (BOTTI & REGO, 2008).

Figura 7 – Gráfico Kiviat da IES C. Sobral-CE



Fonte: Rocha, 2013.

Com relação aos objetivos, a análise dos dados mostra que os profissionais de saúde não conseguem consultar uns aos outros para compartilhar ideais comuns, porém algumas falas revelam que as ações desenvolvidas na ESF estão centradas para atender as necessidades da comunidade assistida. Sendo estas, portanto, fragmentadas, pontuais e unilaterais (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Desta forma, apresentam-se as falas que orientam a discussão anterior:

(...) muitas vezes as decisões são tomadas unilaterais; a secretaria de saúde toma a decisão dela, a (...) toma a decisão dela e aí, às vezes, em comum acordo, se resolve o problema (...). (Coordenador 3).

Eu acho que poderia acontecer dentro desse processo é um trabalho com os profissionais das unidades para que eles entendam qual realmente o verdadeiro objetivo de ter uma contribuição e uma parceria com ensino dentro das unidades, porque às vezes essa relação não tá muito clara (...), então isso acaba sendo impedimento pra que as atividades se realizem a contento. (Preceptor 5).

Sobre a internalização, as falas, em sua maioria, revelam que as relações são harmoniosas, apontando para uma tendência das duas instituições incorporarem a idéia de equipe no campo da ESF. A confiança está sendo estabelecida pela garantia da parceria. No entanto, os momentos de integração não refletem uma ação em conjunto, mas uma atividade que deveria ser executada pelos profissionais da ESF, mas como apoio, os alunos com o seu

preceptor a realiza. Isso garante a formação de confiança, porém não compreende uma prática de cogestão, com troca de saberes, porque ocorre de forma paralela e, não transversal (CAMPOS, 2006).

(...) a enfermeira abre realmente o espaço (...) a gente tem, eu me considero com livre arbítrio dentro da unidade, sabe? A gente tá ali pra ajudar né, um pra ajudar o outro, a gente não tá pra atrapalhar muito pelo contrário, tá pra tentar resgatar tipo, às vezes não consegue fazer uma visita e tem alguma coisa e a gente vai e faz sabe. (Preceptor 4).

(...) a gente trabalha em parceria né com as enfermeiras do posto da unidade de saúde, a estratégia saúde da família e assim, vai criando um elo (...). (Preceptor 6).

Em relação à governança, os dados mostram que não existe uma autoridade central, o que ocasiona a falta de responsabilidades entre ambas as organizações para contribuírem no processo de colaboração. De acordo com muitos profissionais entrevistados, é preciso que haja mais envolvimento do Sistema Municipal de Saúde para que ocorra uma abordagem coletiva; como indica a citação a seguir:

Eu acho assim que o gestor ele deveria tá mais ligado as faculdades sabe, pra justamente promover mais a interação entre o enfermeiro da unidade e o enfermeiro preceptor (...), porque a gente passa ali, mas de certa forma você só vem se também tiver amizade e dizer ó isso aqui é assim, assim, você não tem abertura e você também não pode chegar criticando a unidade de saúde ou o profissional porque isso é respeito (...). (Preceptor 4).

Quanto às práticas inovadoras, consegue-se captar apenas nas falas dos profissionais da IES algumas atitudes direcionadas para a colaboração, porém com pouco impacto, correspondendo ao nível 1 de classificação do referencial teórico.

Segundo Capra (2002), a inovação é uma propriedade dos sistemas abertos, o que significa que as instituições necessitam abrir-se a novas idéias e conhecimentos. Para isto, é necessário também que haja uma cultura organizacional que encoraje o aprendizado, a partir do questionamento constante e valorize a diversidade.

Observa-se que à aproximação dos atores que compõem o ensino com os profissionais de saúde pode deflagrar práticas inovadoras, a partir do posicionamento de pessoas que assumam a governança, para que a aliança seja fortalecida e as ações tenham uma articulação interorganizacional, ocorrendo uma potencialização nos serviços prestados.

A análise da dimensão formalização revela que, embora as responsabilidades estabelecidas e obrigações tenham sido definidas no termo de convênio firmado entre as duas

organizações, este não incorpora iniciativas ou planos de trabalho que garantam ações em conjunto. De fato, a articulação se dá informalmente e por vezes, é conflituosa e não consensual. Não se capta nas falas a existência de espaços comuns para a troca de informações, apenas experiências pontuais no período que antecede os estágios curriculares para a distribuição dos alunos nas unidades de saúde, portanto se destaca que a colaboração está em desenvolvimento, ainda desarticulada para atuação em conjunto, mas os parceiros já apresentam uma aproximação que revela que a confiança está sendo fundamentada e a relação harmoniosa.

5.3.4 Análise comparativa das IES privadas

Nesta seção, realiza-se uma comparação da análise realizada anteriormente das três Instituições de Ensino privadas, assumindo o compromisso de discutir alguns pontos que merecem destaque, baseados nos indicadores do referencial teórico-metodológico de D'Amour *et al* (2008).

a. Compartilhamento:

Ressalta-se que as três instituições de ensino organizam-se no sentido de propiciar ao educando uma aprendizagem significativa em campo de estágio, distribuindo um corpo docente para acompanhar os alunos in loco, a partir da comunicação com a equipe de saúde, pertencente ao espaço, e ainda, contribuindo para a integração dos estudantes, atendendo a uma colaboração efetiva que favoreça todos os envolvidos, entretanto as escolas constroem uma agenda prévia das ações a serem desenvolvidas nos territórios, que não é compartilhada com a equipe de saúde do campo de estágio. Por outro lado, o sistema de saúde, de acordo com a análise das falas, reconhece a importância da presença dos alunos como colaboradores, porém não se atentaram para potencialização do apoio, na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência à saúde do usuário, restringindo principalmente a colaboração a insumos, fornecidos pelas IES aos campos de estágio.

b. Orientação

As IES privadas guiam suas ações para garantir o aprendizado do aluno sem considerar que suas atividades de campo devem também contribuir para a prestação de um atendimento de qualidade ao usuário.

c. Confiança

Verifica-se que as três escolas apresentam uma confiança que está sendo construída e que já permite uma maior aproximação dos atores envolvidos, à medida que alunos e professores se sentem componentes da equipe de saúde, aumentando assim a responsabilidade sanitária para com os usuários do território.

d. Interdependência

A IES A destaca a fragilidade do envolvimento entre alunos, professores e profissionais para o desenvolvimento de atividades conjuntas, ~~se~~ referindo que ações integradas ainda são pontuais. Já as demais relatam o desenvolvimento de atividades regulares conjuntas, que são definidas durante o percurso do estágio dos alunos, a partir das necessidades identificadas pela equipe de saúde.

e. Acordos firmados

Quanto aos acordos estabelecidos entre IES e o Sistema Municipal de Saúde, captou-se apenas à formalização do convênio. Esse documento, no que diz respeito ao conteúdo, permite estabelecer estratégias de colaboração entre as instituições, levando em consideração o Anexo I, que apresenta os deveres e obrigações dos envolvidos na negociação, porém as três IES foram classificadas de acordo com o referencial (D'Amour *et al*, 2008) como tendo uma colaboração em desenvolvimento, pois não se conseguiu constatar através das falas a discussão no território, entre os envolvidos, do que consta no convênio, ou ainda, alguma negociação, mesmo que informal, para o planejamento de atividades conjuntas.

f. Troca de informações

O indicador revelou uma colaboração latente das três IES e a ESF, pois não foi captada nos discursos dos participantes a existência de ~~de~~ espaços destinados à retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho.

g. Política

As três IES se caracterizaram pela fraca centralidade ou ausência de autoridade central que assuma a condução de processos de colaboração interprofissional, ~~ou~~ incentivo ao desenvolvimento de práticas de saúde, ou o apoio dos atores envolvidos no território da Estratégia Saúde da Família. Também da parte dos gestores de saúde, não foi percebida uma visão sobre a potencialidade de um processo de colaboração mais forte com as IES.

h. Práticas inovadoras

~~Como consequência também da falta de apoio para as práticas colaborativas,~~ conseguiu-se apenas captar nos discursos dos sujeitos da IES A algumas experiências de práticas inovadoras, ocorrendo de forma superficial e transitória. Quanto às outras instituições, não se registra nenhuma atividade inovadora, que induzisse o apoio colaborativo ou envolvimento de docentes, alunos e profissionais de saúde.

i. Conectividade

Detecta-se que não existe um espaço específico para a socialização, organização ou discussão de ações de saúde entre IES e ESF. Os discursos revelam que há momentos de conexão para discutir assuntos pontuais, como a formalização do convênio ou no decorrer das atividades práticas para uma negociação do desenvolvimento de ações que necessitam do apoio dos alunos e preceptores.

j. Liderança

Como resultado da captação de práticas inovadoras na IES A, mesmo apresentando ações superficiais e de pouco impacto para instigar o processo colaborativo dos atores envolvidos, concluiu-se que o processo de colaboração com esta IES se apresenta em processo de desenvolvimento. Quanto às demais, por corresponder também aos resultados já referidos, onde não se identificam as presenças de líderes/coordenadores/chefes com clareza sobre as potencialidades da integração ensino-serviço, a colaboração interinstitucional e interprofissional foi considerada latente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a questão que este estudo se propõe a responder, revela-se que as inferências, quanto à colaboração interprofissional entre as Instituições de Ensino Superior investigadas e a Estratégia Saúde da Família, apresentam resultados similares e contribuem de forma ~~bastante~~ incipiente para a qualidade da formação e educação permanente dos estudantes e profissionais de saúde envolvidos em Juazeiro do Norte, por apresentar diversas fragilidades.

Destaca-se que o espaço de trabalho parece não ser visto como campo comum para professores, estudantes e profissionais de saúde, e isso resulta provavelmente da falta de lideranças que induzam a integração, e de um planejamento comum de atividades, objetivando o fortalecimento de práticas qualificadas de saúde à comunidade, ou ainda, pelo desconhecimento sobre o quanto a integração ensino-serviço pode fortalecer a atenção à saúde, a partir da potencialização do processo de trabalho e o envolvimento em um contínuo aprendizado.

Pontuamos também, que o instrumento para realização das entrevistas e o referencial adotado não apresentaram resultados ótimos de consistência, despertando a necessidade de estudos posteriores e o melhoramento da sua precisão, pois mesmo com todo o aparato em que se ancora o modelo para analisar a colaboração interprofissional, revela-se que este ainda apresenta limitações, pois diversos fatores internos e externos ao processo colaborativo estão envolvidos, como as relações de poder, e não são previstos por esta metodologia de análise. Dentre esses, a ausência da investigação da população assistida, como parte integrante e o principal objeto de atenção do processo colaborativo e de aprendizagem mútua. No entanto, considera-se que esta tecnologia pode ser efetivamente aplicada no contexto da ESF, por ser de fácil adequação e revelar-se como subsídio para o planejamento e gestão em saúde, auxiliando a identificação de áreas que precisam de intervenções e melhoramentos.

Ademais a investigação revelou a importância da articulação intersetorial e interprofissional para a promoção de atividades, como as de educação em saúde, que acabam sendo deixadas em segundo plano pela burocratização dos processos de trabalho, pela demanda imediata que precisa ser atendida nas unidades da ESF e a necessidade de uma aproximação dos profissionais de saúde à literatura que trata da integração ensino-serviço

para que haja clareza do que significa e do que propõe. Tendo em vista a dicotomia revelada entre o relato dos entrevistados sobre o processo de colaboração e as atividades que são desenvolvidas pelas organizações em parceria, reconhece-se que, apesar das limitações da pesquisa, esta pode contribuir para despertar nos gestores de IES ou de sistemas e serviços de saúde a necessidade de estreitar laços para o fortalecimento da qualidade da atenção, promoção e educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.:356–362, 2008.
- ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H. C.; FONSECA, C.D. Estratégia Saúde da Família. *In*: DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 88-100.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.
- ARAÚJO, E.M.D. **A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do núcleo de apoio a saúde da família: desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação**. 2012. 99 f. Dissertação. Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Sobral. 2012.
- BARR, H.; LOW, H. **Interprofessional Education in Pre-registration Courses: A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education**. United Kingdom: CAIPE. 2012.
- BARRETO, I. C. de H. **Colaboração entre Instituições de Ensino Superior e Secretarias Municipais de Saúde: estudo dos casos de Sobral e Juazeiro do Norte-Ceará**. Projeto de pesquisa. Universidade Federal do Ceará; 2010.
- BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L.O.M.; OLIVEIRA, E.N. A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala. **Sanare: Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral-CE, v. 2, n. 3, p. 18-28, 2000.
- BECCARIA, L. M.;TREVIZAN, M. A.; JANUCCI, M. Z. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica dedocentes, alunos e enfermeiros. **Arq Ciênc Saúde**, v.13, n.3. jul-set, 2006.
- BORGES, B. G. **Extração de métricas em software orientado a objetos**. 2010. Disponível em: <<https://www.assembla.com/spaces/.../dU--A8438r37tYeJe5cbLA>>. Acesso: 28 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação. **Plano de Saúde e Relatório de Gestão**. Brasília: MS, 1997.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____. **Educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, n.5, mai. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus- informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 10/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Saúde da Família. **Textos do Departamento de Atenção Básica**, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 26 abril 2012.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. *In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.*

CAMPOS, G. W. de S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.*

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Cien Saude Colet.**, v.9, n.3, p.:745-749, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Política de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *In: Cadernos RH Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 52-6.*

CAPRA, F. A vida e a liderança nas organizações humanas. *In: **As conexões ocultas.** São Paulo: Editora Cultrix, 2002. 296 p.*

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *PHYSIS*, 14 (1): 41- 65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface.**, v.9, n. 16, p. 161-77.2005.

CHILD, J. **Trust:** the fundamental bond in global cooperation. Paperprepared for the 30th anniversary issue of *Organizational Dynamics*, 2001.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L.Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, S7-S27, 2008.

COOKE, M. *et al.* American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J Med.*, v.355, n.13, p.:1399-1344. 2006.

CROZIER M; FRIEDBERG E.**L'acteur et le système:** les contraintes de l'action collective Paris, Éditions du Seuil; 1977.

CUTOLO, L.R.A. **Abordagens qualitativas.**UNIVALI: Itajaí, 2007. Digitado.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care.** Supplement 1: 8-20.2005.

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

D'AMOUR, D. *et al.* A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research.** v.8, n.188, 2008.

DENIS, J.; LEHOUX, L. P. Organization Theory. **Knowledge Translation in Health Care.** J. T. Strauss and I. Granhan. Oxford, Wiley-Blakwell e BMJI Books: 215-225. 2009.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. de. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. C. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF: Contradições e novos desafios.** Conferência Nacional de Saúde On-line, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em: 26 de abril 2012.

FRANCO, T.B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings in Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRIEDBERG, E.**Le pouvoir et la règle: Dynamiques de l'action organisée** Paris, Éditions du Seuil; 1993.

FUKUYAMA, F. **Trust: the social virtues and the creation of prosperity,** London: Hamish Hamilton, 1995.

GONÇALVES, M. Atenção Primária à Saúde: definição e história. Especialização em Saúde da Família: UFSC; 2007. Disponível em: http://unasp.ufcspa.edu.br/arquivos/modulos/atencao primaria/APS_conceito.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

GRANGER, G. **Pensée formelle et sciences de l'homme.** Paris: Aubier Montaigne, 1967.

HADDAD, Q. J. **Educación permanente de personal de salud (orgs)**.Washington: OPS, 1994.

HADDAD, Q. J.; DAVINI, M. C.; ROSCHKE, M. A. C. Educación permanente en salud: un camino en construcción. In: HADDAD, Q. J. **Educación permanente de personal de salud (orgs)**.Washington: OPS, 1994.

HENNEMAN, E. A. et al. Nurse-physician collaboration: A poststructuralist view.**Journal of Advanced Nursing**. v.22, p.:359-363, 1995.

JUAZEIRO DO NORTE. Secretaria de Saúde do Município. **Relatório Anual de Gestão**.2011.

JÚNIOR, D. B.; BRAGA, D. G. Metodologia de negociação coletiva do trabalho em saúde. In: CASTRO, J. de L.; SANTANA, J. P. **Negociação coletiva do trabalho em saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1998. 125p.

JUNQUEIRA, L. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**.Saúde e Sociedade, v.3, n.1, p.:25-36, 2004.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n.5, abr / jun 2006.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, v.1, p.3-8, jan.-jun, 1996.

MACEDO, C. G. Apresentação. In: ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L., LLANOS, M. C. **A educação dos profissionais de saúde na América latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: editora Hucitec, 1999.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Instituto Superior de Psicologia Aplicada (I.S.P.A.). Laboratório de Psicologia,Portugal,v.4, n.1, p.: 65-90, 2006.

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. 135 p.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. 300p.

_____. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999b. 310 p.

_____.**As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI, A.C.*et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.(Supl. 1), p.:1827-1834, 2010.

NUNES, M. F. *et al.* A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.12, n.25, p.413-20, abr./jun. 2008.

OLSCHOWSKY, A. **Integração docente-assistencial: um estudo de caso** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.4) p.:492-499; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2012.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 120p.

PINHEIRO, R; MATTOS; R.A.,BARROS; M.E. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007.

PINTO, I.C.M; TEIXEIRA, C.T. Formulação da política de gestão do trabalho e educação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.:1777-1788, set, 2011.

POLIGNANO, M.V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [site da Internet]. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em 19 out. 2012.

POLTON D. Décentralisation des systèmes de santé: un éclairage international. **Revue française des affaires sociales**, v.58, n.4 p.:267-299, 2004.

RAMOS, M. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2007. p.282-291.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp-Abrasco, 1994.

ROSSONI, E., LAMPERT, J. **Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares.** Boletim da Saúde: Porto Alegre, v. 18, n.1, Jan./Jun. 2004.

SANTOS, B. de S. (org). **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, M.A **Natureza do Espaço:** Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SMITH, M.; CARROL, S.; ASHFORD, S. K. Intra- and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. **Acad Manage J**, v.38, p.:7-23. 1995.

SOUZA, F. *Let al.* A política municipal de educação permanente em Sobral-CE. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**, V.7, n. 2, jun./dez. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, 1998.

VAUTIER, A. F., and CAREY, S. J. A collaborative case management program: The Crawford Long Hospital of Emory University Model. **Nursing Administration Quarterly.** 1994; 18:1-9.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 3. Art. No.:CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA DE PESQUISA

Estamos realizando a pesquisa intitulada “Colaboração entre instituições de ensino superior e sistemas municipais de saúde: estudo dos casos de Juazeiro do Norte e Sobral – Ceará” cujo objetivo é avaliar como se dá o processo de integração e colaboração interinstitucional entre as instituições de ensino superior na saúde de Juazeiro do Norte e Sobral com os sistemas municipais de saúde das respectivas cidades. A coleta de dados e informações para a referida pesquisa deverá ser realizada em duas etapas. A primeira etapa consistirá da revisão de literatura e análise documental. A segunda fase consistirá na realização de entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários autorrespondidos on-line. As entrevistas serão realizadas com gestores municipais da saúde, profissionais de saúde, professores e estudantes de instituições de ensino superior na saúde de Juazeiro do Norte e Sobral. As entrevistas deverão ser gravadas para melhor organizar as informações, porém não deverão ser identificados os nomes dos participantes. Com estas informações, após leitura desse documento e estando de acordo com sua participação na pesquisa, solicitamos que assine os termos de sua aceitação para participar do referido estudo.

É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. que você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. a identificação de todos os envolvidos deverá ser mantida em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. deverá ser permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, o (a) sr (a). poderá falar com o responsável pela pesquisa, Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto do endereço Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 100 – Bairro: Derby - Cep: 62.042-280 - Sobral/CE, Fones: (088) 3366-2202 (FAMED Sobral).

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFC também se encontra disponível para efetuar informações ou receber eventuais reclamações referentes à pesquisa pelo telefone (85) 33668338.

Sobral /Juazeiro do Norte, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável pela coleta de dados

**APÊNDICE B- PROJETO DE PESQUISA COLABORAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES
DE ENSINO SUPERIOR E SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTUDO DOS
CASOS DE JUAZEIRO DO NORTE E SOBRAL – CEARÁ**

Pesquisadora Responsável: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Financiamento: FUNCAP/PBI

Roteiro para Entrevista Aberta

Nome do Entrevistado: _____

Cargo: _____

Categoria Profissional: _____

Formação Acadêmica: _____

- 1- Na compreensão dos pesquisadores deste estudo, as instituições que tem interfaces nas suas missões devem trabalhar em parceria para oferecer melhores serviços e obter melhores resultados do seu trabalho. Este trabalho em parceria é o que denominamos de colaboração interinstitucional. Considerando esta premissa, você poderia falar um pouco sobre o processo de colaboração entre as IES e os serviços de saúde em Juazeiro.
- 2- Qual o nível de formalização desta colaboração atualmente?
- 3- Na sua percepção, com o que cada parceiro vem contribuindo neste processo?
- 4- Existe um fórum para negociação (para planejamento, acompanhamento de atividades e avaliação) dos parceiros deste processo?
- 5- Que pontos positivos podem ser destacados deste processo?
- 6- Quais os principais desafios?
- 7- Você gostaria de fazer mais algum comentário sobre o tema?

ANEXO A- Convênio
CONVÊNIO DE CONCESSÃO DE ESTÁGIO

Convênio de concessão de estágio que entre si celebram de um lado, **MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE/CEPOR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e do outro, a **19 COORDENADORIA REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO – JUAZEIRO DO NORTE**

Pelo presente instrumento de **Convênio de Concessão de Estágio** na melhor forma do Direito, de um lado, **MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE/CE**, Pessoa Jurídica de Direito Público interno, inscrito no CNPJ nº 07.974.082/0001-14, com sede na Praça Dirceu Figueiredo, s/n, centro, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de Direito Público interno, inscrita no CNPJ nº 02.628.917/0001-60, representada neste ato na qualidade de Secretário de Saúde o Dr. **ANTONIO BONAPARTE DE SANTANA FERREIRA**, brasileiro, casado, fisioterapeuta, inscrito no CPF Nº 048.896.303-68, residente e domiciliado, nesta urbe., simplesmente **CONVENENTE**, e do outro _____, simplesmente denominada **CONVENIADA**, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO**, com fulcro no artigo Nº116, da lei Nº8.666/1993 e da LOM/1990 art. 31, inciso XII, e art. 32, inciso XI sob os termos e condições estabelecidas nas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objetivo deste Convênio é a realização de estágios curriculares pelos alunos com matrícula ativa, com a cessão de acesso dos docentes e discentes aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, conforme informação da **CONVENENTE**.

Parágrafo único: O presente Convênio deverá ser aprovado pelos órgãos superiores de cada instituição e assinado em ato solene pelos seus respectivos representantes legais.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENENTE

I Permitir o acesso dos alunos contemplados pelo presente instrumento, nas dependências dos seguintes órgãos públicos municipais: Hospital Municipal São Lucas, Hospital Tasso Ribeiro Jereissati, Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra de

Menezes, Hospital Santo Inácio, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), Programas Saúde da Famílias (PSF) e Unidades do Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF), acompanhados de seus professores para o estágio não remunerado e com fins exclusivamente acadêmicos, na forma do plano de trabalho e com turnos definidos, elaborado pela **CONVENENTE**.

- II Responsabilizar-se por informar aos órgãos públicos municipais, a autorização de estágio, o período de execução, bem como a relação dos alunos / turno, informados pelo **CONVENIADO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

- I Não ultrapassar 06 (seis) alunos por preceptor, por turno, nas dependências de órgãos do Município, com a devida lista identificadora.
- II Enumerar e quantificar a relação de material do consumo e hospitalar que disponibilizará aos alunos, no período contemplado para a prática de procedimentos do estágio.
- III Contratar seguro de acidentes pessoais para todos os estagiários envolvidos neste **CONVÊNIO**

CLÁUSULA QUARTA: DOS PLANOS DE TRABALHO

Deverá ser elaborado pela **CONVENIENTE**, um plano de trabalho, parte integrante deste **CONVÊNIO**, com objetivo de estabelecer as atividades a serem realizadas no presente instrumento de cooperação.

Parágrafo único: Ao término do estágio, a instituição de ensino deverá elaborar relatório, evidenciando atividades desenvolvidas, número de horas/aula, e cumprimento das metas estabelecidas, que será encaminhado ao setor técnico da Secretaria de Saúde, SESAU.

CLÁUSULA QUINTA: DOS FINANCIAMENTOS E DESPESAS

O **CONVENIADO** empenhar-se-á em identificar partes de financiamentos adicionais para as atividades comuns;

Parágrafo primeiro: As despesas decorrentes da execução deste Convênio, serão custeadas exclusivamente pelo **CONVENIADO**, quer no que se refere ao custeio de suas equipes e discentes, quer no uso de seu material e equipamento.

Parágrafo segundo: Qualquer investimento nas edificações e imóveis que a instituição conveniada pretenda fazer, com anuência do gestor municipal, bem como a inserção de obras,

passarão a integrar o patrimônio do Município, sem direito à indenização por parte do **CONVENENTE**, em caso de desfazimento ou expiração do presente Convênio.

Parágrafo terceiro: Qualquer obra ou investimento a realizar-se nos equipamentos do município, utilizados pela **CONVENIADA**, só poderão ser implementados com a autorização expressa do Prefeito Municipal.

CLÁUSULA SEXTA: DOS REPRESENTANTES LEGAIS E DO PLANO DE TRABALHO

O representante legal da **CONVENIADA** se encarregará de elaborar um plano anual de trabalho, comprometendo-se a manter comunicação freqüente com a **CONVENENTE**, ficando também responsável pelo acompanhamento das atividades previstas neste Convênio e nos Termos Aditivos que vierem a ser celebrados.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

Este Convênio poderá ser rescindido, de comum acordo entre os partícipes, ocorrendo a superveniência de norma legal ou evento que o torne material ou formalmente inexecutável, bem como, unilateralmente, estribado no princípio da conveniência e oportunidade, inerentes à administração pública do **MUNICÍPIO**, se houver inadimplemento de qualquer das cláusulas aqui pactuadas.

Parágrafo primeiro: A rescisão será realizada mediante notificação por escrito ao partícipe, com antecedência mínima de (30) trinta dias, respeitadas as obrigações assumidas e saldados os compromissos financeiros da **CONVENIADA**.

Parágrafo segundo: As obrigações assumidas pela **CONVENIADA**, para operacionalização do presente Convênio, correrá exclusivamente por sua conta e risco, não cabendo a **CONVENENTE** nenhuma obrigação por débitos ou compromissos a pagar, eximindo-se, logo, de qualquer tipo de obrigação pleiteada no presente ou no futuro, pela **CONVENIADA**.

Parágrafo terceiro: Em caso de denúncia ou rescisão, as pendências ou trabalhos em fase de execução serão definidos e resolvidos por meio de Termo de Encerramento do Convênio, no qual se definam e atribuam as responsabilidades relativas à conclusão ou propriedade dos trabalhos desenvolvidos pela **CONVENIADA** até a data da denúncia.

CLAUSULA OITAVA: DAS ALTERAÇÕES DESTE CONVÊNIO:

As adições ou variações, em qualquer cláusula, para modificar total ou parcialmente este Convênio, mediante consentimento mútuo, serão formalizadas através de Termo Aditivo ao presente Convênio, e passarão a fazer parte integrante do mesmo.

CLAUSULA NONA: DO PESSOAL ENVOLVIDO NO ESTÁGIO

O pessoal envolvido na execução das atividades inerentes ao presente Convênio permanecerá com a mesma vinculação a seus Órgãos de origem.

CLAUSULA DÉCIMA: DA PUBLICAÇÃO E ANEXOS

A publicação deste Convênio será efetuada em extrato no Diário Oficial do Município, na forma do disposto no Parágrafo Único do art. 61 da Lei 8666/93, ficando as despesas da publicação a cargo do Município. Integram este Convênio os Anexos I, II e III.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA VIGENCIA

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será iniciado na data de sua assinatura e terminando em_____.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA RENOVAÇÃO

A renovação do **CONTRATO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO** poderá ser realizada mediante Termo Aditivo que venha a ser celebrado, mediante a apresentação de documentação da Instituição, atualizada, bem como as informações acadêmicas, instrumento deste ato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO FORO

Casos omissos, lides, dúvidas e outros percalços que venham a surgir durante a vigência e após o término deste **CONVÊNIO**, que não possam ser resolvidos na via administrativa, terão como foro eleito a comarca de JUAZEIRO DO NORTE-CE, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acertados, firmam na presença de 02 (duas) testemunhas, especialmente convocadas para este ato, que a tudo assistiram e ao final subscrevem o presente, em 02 (duas) vias, para que passe a vigor na robustez do mais lúdimo Direito e surta seus efeitos jurídicos.

Juazeiro do Norte, _____.

CONVENENTE: Dr. ANTONIO BONAPARTE FERREIRA DE SANTANA

CONVENIADO: BOAZ DAVID DE LIMA GINO

TESTEMUNHAS:

1. _____

Nome:

CPF: nº

2. _____

Nome:

CPF:nº

ANEXO I (Convênio)

NORMATIZAÇÃO DE CONDUTAS DE ESTÁGIO EM JUAZEIRO DO NORTE

Objetiva normatizar os campos de estágio de forma a assegurar uma relação harmoniosa entre estudantes, pacientes, professores e profissionais da saúde. Através da construção de protocolos de conduta, busca racionalizar e tornar eficiente o uso de material, humanizar a assistência, otimizar o aprendizado, alcançando a satisfação das pessoas envolvidas e contribuindo para manutenção da qualidade dos cuidados nos serviços de saúde em Juazeiro do Norte.

DEVERES E OBRIGAÇÕES DOS ESTUDANTES

O acadêmico não poderá frequentar os campos de estágio fora do horário curricular, salvo sob autorização do chefe do serviço;

1. Não será permitida a retirada de qualquer tipo de impresso pertencente à Instituição do Estágio, ou de paciente do posto de enfermagem, salvo nas situações prevista em rotina da instituição.
2. O estagiário deverá informar-se das normas e regulamentos técnico-administrativos do “campo de estágio”, e cumpri-los exemplarmente;
3. Estar devidamente uniformizado conforme as normas do local, zelar pela boa aparência pessoal e usar crachá de identificação, a ser fornecido pela **CONVENIADA**.
4. Manter relacionamento harmonioso com os membros da equipe, atendendo aos princípios da ética profissional.
5. O contato inicial com o paciente deverá acontecer respeitando a disponibilidade do mesmo, devendo o estudante apresentar-se identificando o seu curso e sua instituição, com

explicação do procedimento e solicitação de consentimento verbal do paciente ou acompanhante.

6. Quando da realização da pesquisa, o estudante deverá encaminhar uma solicitação de consentimento por escrito ao responsável pela unidade. Sendo deferida a solicitação, o estudante deverá, ao término da pesquisa, entregar cópia do resultado do estudo ou trabalho ao serviço no qual foi realizada a pesquisa, e encaminhar cópia à SESAU.

7. Contribuir para a organização dos setores em que é realizado o estágio, com utilização correta dos espaços e destinação adequada de materiais.

ATRIBUIÇÕES DOS SUPERVISORES / PRECEPTORES DE ESTÁGIO

1. Manter contato com o profissional responsável pela unidade em que estão lotados os alunos sob sua supervisão;

2. Desenvolver relatório de “críticas” e sugestões ao bom funcionamento da unidade ao final dos estágios, a ser entregue a enfermeira do setor com cópia a chefe do serviço.

3. Revisar e assinar todos os registros feitos pelos alunos, sob sua supervisão, em prontuários e documentação da Unidade de Saúde da Família.

ATRIBUIÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Envio de lista de aluno, com descrição da disciplina a ser cumprida na unidade e as atividades previstas para a unidade receptora, com cópia à SESAU, incluindo cronograma a ser cumprido na unidade, especificando horários.

1. Realização de visita de coordenador ou preceptor na unidade para contato prévio ao início do estágio, possibilitando assim, conhecimento do preceptor quanto ao campo de estágio e suas rotinas.

2. Informar, o mais previamente possível, quando houver alteração do cronograma informado no plano de trabalho.

3. Oferecer qualificação técnico-pedagógica aos profissionais preceptores, com atualização dos temas específicos a sua área de atuação.

4. Oferecer sistemática e periodicamente capacitação aos funcionários do sistema de saúde municipal, com base nas demandas apresentadas pela secretaria municipal como previamente acordado entre as partes;

5. A Instituição poderá ofertar às pessoas vinculadas ao município, bolsas de estudo ou desconto, por ocasião de eventos de natureza educativa.

OBS: As instituições não privadas, não estão isentas da contra-partida institucional, devendo ser estudado um plano de ações condizentes a sua função social.

ATRIBUIÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO

1. Receber o preceptor e estudantes, orientando e informando sobre a rotina da unidade;
2. Estimular o envolvimento dos estudantes nas atividades do setor;
3. Avaliar o impacto da presença dos estudantes na satisfação do cuidado pelo paciente;
4. Registrar e informar a chefia imediata sua percepção e sugestões quanto à presença do aluno no serviço.

ATRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE GESTÃO-SESAU

1. Promover oficina de construção dos instrumentos de formalização do estágio;
2. Oferecer suporte técnico as instituições e serviços que compõem a rede;
3. Promover encontros de avaliação da rede ensino e serviço;
4. Propor soluções para os problemas encontrados na rede;
5. Divulgar as ações desenvolvidas pelo município que contribuam para a consolidação da rede ensino e serviço no município.
6. Garantir proporcionalidade quantitativa e qualitativa na distribuição de campos de estágio entre as instituições conveniadas.
7. Garantir que sejam cumpridos os acordos interinstitucionais, viabilizando o planejamento e análise das ações previstas.
8. confeccionar uma agenda comum: trabalho articulado deve responder a necessidades das duas partes (em termos institucionais e em termos locais), tendo o usuário como foco;
9. Ampliar as possibilidades de cooperação entre formadores e gestores do SUS, na construção da Educação Permanente em Saúde, construindo em parceria os mecanismos de apoio técnico para qualificar o trabalho na rede de serviços de saúde.

ANEXO II (Convênio)

MODELO DE PLANO DE TRABALHO

1 - Locais de Estágio da Rede Básica do Município de Juazeiro do Norte/CE

2 - Metas a serem atingidas

3 - Etapas ou fases de execução:

- a. Número de alunos por turma;
- b. Materiais de consumo para o discente;
- c. Quanto ao intervalo para o descanso;
- d. Ficha individual do aluno;
- e. Apólice de seguro contra acidentes pessoais;
- f. Responsabilidades da IES.

4- Plano de Aplicação de Recursos Financeiros - Neste tópico deve constar todo e qualquer bem ou serviço doado ou colocado à disposição do município.

5 – Previsão do início e fim do estágio por turma.

ANEXO III (Convênio)

LISTA DE MATERIAL QUE SERÃO ENTREGUES POR INSTITUIÇÃO DE ENSINO PARA ESTÁGIO CURRICULAR EM CADA UNIDADE DE SAÚDE

ÍTEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.		
1	Ácido Acético a 2%	Lt			
2	Alcool em Gel	500 ml			
3	Copo Descartável para Agua	Pct c/ 100			
4	Escova Endocervical	Pacote c/ 100			
5	Esparadrapo (10mx4,5cm)	Unidade			
6	Espátula de Aires	c/ 100			
7	Espéculo Desc. G	Unidade			
8	Espéculo Desc. M	Unidade			
9	Espéculo Desc. P	Unidade			
10	Gazes	Pacote c/ 100			

11	Lâmina Fosca	Unidade			
12	Lugol a 2%	Lt			
13	Luva de Latex 7.0	Par			
14	Luva de Latex 7.5	Par			
15	Luva de Latex 8.0	Par			
16	Mascara Descartável	Caixa c/ 100			
17	Papel Toalha	Fardo			
18	Pinça Cheron	Unidade			
19	Sabonete Líquido	Lt			
20	Scalp n° 25	Unidade			
21	Scalp n° 27	Unidade			
22	Seringa Descartável 20 MI c/ Agulha	Unidade			
23	Seringa Descartável 5 MI c/ Agulha	Unidade			
24	Seringa Descartável 3 ml c/ Agulha	Unidade			
ESTÁGIO EM UNIDADE HOSPITALAR					
25	Bata Cirurgica Descartável	Unidade			
26	Sapatilha Pro-Pé	Par			
27	Touca Descartável	Caixa c/ 100			

ANEXO B – Unidades de Saúde de Juazeiro do Norte.*(continua)*

Unidade de Saúde	Nome Fantasia	Unidade de Saúde	Nome Fantasia
PSF 01	Marrocos	PSF 16	CAIC II
PSF 02	Padre Cícero	PSF 17	Romeirão I
PSF 03	Horto I	PSF 18	Pio XII I
PSF 04	Maria Aurilia Callou	PSF 19	João Cabral II
PSF 05	CAIC I	PSF 20	Da FMJ II
PSF 06	Novo Juazeiro	PSF 21	Pedrinhas
PSF 07	Jardim Gonzaga	PSF 22	Pe. Silvino M. Dias
PSF 08	Tiradentes 1	PSF 23	Limoeiro I
PSF 09	João Cabral I	PSF 24	Pio XII II
PSF 10	São José	PSF 25	Salesianos II
PSF 11	Triângulo I	PSF 26	Franciscanos I
PSF 12	Betolandia	PSF 27	Sana Tereza I
PSF 13	Antonio Vieira I	PSF 28	Romeirão II
PSF 14	Timbaúba I	PSF 29	Socorro Centro
PSF 15	Salesianos I	PSF 30	Juvêncio Santana
PSF 31	Timbaúbas II	PSF 51	João Cabral IV
PSF 32	Pio XII III	PSF 52	Carité Juvêncio Santana
PSF 33	Pio XII	PSF 53	Limoeiro II
PSF 34	Pirajá I	PSF 54	Franciscanos II
PSF 35	Triângulo III	PSF 55	Franciscanos III
PSF 36	Antonio Vieira II	PSF 56	Santa Tereza II

(conclusão)

Unidade de Saúde	Nome Fantasia	Unidade de Saúde	Nome Fantasia
PSF 37	Salesiano III	PSF 57	Timbaúba II
PSF 38	Salesiano IV	PSF 58	Jardim Gonzaga II
PSF 39	João Cabral III	PSF 59	Tia Nena
PSF 40	São Miguel	PSF 60	Centro
PSF 41	Pirajá III	PSF 61	São José I
PSF 42	Pirajá II	PSF 62	Francisco Ivo de Sousa
PSF 43	CAIC III	PSF 63	Francisco Ivo de Sousa I
PSF 44	FMJ I	PSF 64	José Jucier Fernandes
PSF 45	Vila Três Marias		
PSF 46	Tiradentes II		
PSF 47	Frei Damião		
PSF 48	José Geraldo da Cruz I		
PSF 49	Horto II		
PSF 50	Sítio Taquari		

Fonte: CNES, 2012.