



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Helena Maria Seidl Fonseca

**Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do
PMAQ-AB e PET-Saúde**

Rio de Janeiro

2020

Helena Maria Seidl Fonseca

Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tania França

Coorientadora: Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F676 Fonseca, Helena Maria Seidl
Integração ensino serviço na atenção básica: um olhar através do PMAQ-AB e
PET-Saúde / Helena Maria Seidl Fonseca – 2020.
157 f.

Orientadora: Tânia França

Coorientadora: Márcia Silveira Ney

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Saúde da família – Teses. 3. Capacitação
de recursos humanos em saúde – Teses. 4. Prática profissional – Teses. 5. Ensino –
Teses. I. França, Tânia. II. Ney, Márcia Silveira. III. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614(815.3)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Helena Maria Seidl Fonseca

Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde.

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Rio de Janeiro, 31 de março de 2020.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Tania França - Orientadora
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney – Coorientadora
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Márcia Guimarães de Mello Alves
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Kátia Medeiros
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que acreditam e lutam pelo SUS, aos agentes comunitários e profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, espalhadas por todo país, que no seu dia a dia fazem diferença para milhares de pessoas e, aos docentes das instituições de ensino que, junto a essas equipes, fazem e acreditam na educação como principal fator de mudanças e transformações para uma saúde pública integral de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Mais uma vez agradeço aos seis homens da minha vida:

- A Thiago, meu pai (que do outro plano me acompanha e manda força e alegria),
- Ao meu amor, amigo e companheiro de sempre Ricardo (meu fofinho), que sempre esteve do meu lado, me apoiando, me dando força, mesmo ficando meio abandonado nos últimos tempos.
- Aos meus filhos Eduardo e Marcelo, que são e serão sempre minhas fontes de inspiração e de vida, que me dão força para seguir em frente. Amo demais vocês!
- Aos meus netos Davi e Felipe, por trazerem leveza e alegria na minha vida. Vocês são fontes de energia, paz e luz. Meus pequenos amores!

A Fernanda, minha nora, que além de me dar meus netos maravilhosos e ser uma mulher e mãe guerreira, tem me apoiando e me incentivado.

A Juliana Gagno, minha grande amiga e filha do coração, sem você teria sido impossível chegar até aqui. Adorei cada uma de suas orientações e conversas sobre o trabalho. Você foi guia e luz!

A Douglas Mota, meu professor predileto de história medieval e muitas outras histórias. Você foi fundamental nessa reta final!

A Tânia França, que me deu o incentivo e a certeza de que eu poderia encarar o desafio e entrar para realizar o doutorado, tão tardiamente. Sem essa força, eu jamais teria me mobilizado para isso.

A Márcia Ney, que com sua calma, doçura e elegância, foi dialogando e me ajudando na construção do trabalho, mesmo estando em seu período de licença de amamentação. Que as meninas me perdoem por ter tirado um pouco do seu tempo com elas!

A Equipe da Secretaria Acadêmica do IMS/UERJ, pelo carinho e eficiência nas orientações durante todo curso, bem como na finalização deste trabalho.

Ao André Schmidt, da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, meu querido amigo, que me ajudou imensamente ao me inserir nas discussões do Grupo de Trabalho de Atenção Básica da Região do Médio Paraíba.

Aos gestores municipais e profissionais de saúde da Região Médio Paraíba, que me acolheram tão bem e contribuíram imensamente para esse trabalho, através de seus depoimentos sobre suas vivências e realidade,. Foi um privilégio ter contado com vocês!

RESUMO

FONSECA, Helena Maria Seidl. **Integração ensino serviço na Atenção Básica**: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde. 2020. 157 f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este trabalho tem como objetivo analisar a integração ensino serviço a partir dos resultados das Equipes de Saúde da Família, que participaram de dois ciclos do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Parte-se de uma revisão de literatura sobre políticas de atenção básica e de integração ensino-serviço no Brasil. A questão norteadora foi compreender quais ações de integração ensino-serviço foram desenvolvidas nas EqSF e se a presença de estudantes nessas equipes, resultou em mudanças no processo de trabalho, principalmente as que foram campo de prática do PET-Saúde. É um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, por levantamento de dados de bases secundárias e, qualitativa, com a realização de um estudo de caso, através de entrevistas semiestruturadas, com gestores e profissionais de saúde de municípios da região do Médio-Paraíba, do Estado do Rio de Janeiro. Inicialmente foram analisadas as informações a partir de algumas variáveis (processo de trabalho, integração ensino-serviço e educação permanente), presentes no Módulo II da etapa de Avaliação Externa do PMAQ-AB, onde foi apontada a presença dessas atividades no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro. Sendo posteriormente, realizado um estudo de caso em municípios da Região Médio Paraíba no Estado do Rio de Janeiro. O estudo revelou a importância do trabalho colaborativo entre a gestão de saúde e das instituições de ensino, entre profissionais de saúde, docentes e tutores, bem como revelou que a reflexão das práticas impulsionadas pelo PET-Saúde e da Saúde da Família, é essencial para a formação e o aperfeiçoamento de profissionais para a Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica. Saúde da Família. Formação Profissional em Saúde. Integração docente assistencial.

ABSTRACT

FONSECA, Helena Maria Seidl. Teaching service integration in Primary Care: a look through PMAQ-AB and PET-Saúde. 2020. 157 p. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This work aims to analyze the integration between teaching and service based on the results the Primary Health Care Teams, who participated in two cycles of the Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). It starts with a literature review on primary care policies and teaching-service integration in Brazil. The guiding question was to understand which teaching-service integration actions are developed in the EqSF and whether the presence of students in these teams resulted in changes in the work process, especially those that were the field of practice of PET-Saúde. It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, by collecting data from secondary databases and, qualitative, through a case study, with semi-structured interviews, with managers and health professionals from municipalities in the Médio Paraíba region, in state of Rio de Janeiro. Initially, information was analyzed from some variables (work process, teaching-service integration and permanent education), present in Module II of the External Assessment stage of the PMAQ-AB, where some results of these activities were found in Brazil and in the state of Rio de Janeiro. Subsequently, a case study was conducted in municipalities in the region Medio Paraíba in the State of Rio de Janeiro. The study revealed the importance of collaborative work between health management and educational institutions, between health professionals, teachers and tutors, as well as revealing that reflection on the practices driven by PET-Saúde and Saúde da Família is essential for the training and improvement of professionals for Primary Care.

Keywords: Primary Care. Family Health. Professional Health Training. Assistance teaching integration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Códigos usados para identificação dos entrevistados na Região do Médio-Paraíba, ERJ, 2019.....	34
Figura 1 -	Cronologia das principais ações de reorientação da formação em saúde para o SUS, décadas de 1980, 1990 e anos 2000.....	51
Quadro 2 -	Descrição dos objetivos do PET-Saúde, 2008.....	56
Quadro 3 -	Demonstração da distribuição de cursos de graduação em saúde nos municípios selecionados – RMP.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais dos entrevistados em municípios da Região do Médio Paraíba, ERJ, 2019.....	31
Tabela 2 - Características gerais dos municípios da região do Médio Paraíba, ERJ.....	32
Tabela 3 - Características laborais dos entrevistados na Região Médio Paraíba, ERJ, 2019.	34
Tabela 4 - Comparação das UBS que possuem gerentes, com as UBS que receberam “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.....	66
Tabela 5 - Comparação das UBS que têm gerentes com dedicação exclusiva com as UBS, que receberam “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.....	67
Tabela 6 - Distribuição das EqSF que participaram do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB e que declararam receber, “estudantes, e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.....	68
Tabela 7 - Distribuição das UBS com salas de atividades coletivas exclusivas, e as que recebem “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.....	72
Tabela 8 - Frequência das UBS que recebem “estudantes e/ou outros” que possuem computadores e acesso à internet – Brasil, ERJ e suas regiões.....	73
Tabela 9 - Frequência da participação das EqSF em ações de EP – Brasil, ERJ e suas regiões.....	75
Tabela 10 - Distribuição por região das ações de Educação Permanente (EP) segundo iniciativa de organização – Brasil, ERJ e suas regiões.....	76
Tabela 11 - Distribuição das ações de EP que as EqSF dos dois ciclos do PMAQ-AB participaram – Brasil, ERJ e suas regiões.....	77
Tabela 12 - Frequência da realização e da periodicidade das reuniões de equipe – Brasil, ERJ e suas regiões	79
Tabela 13 - Frequência de EqSF dos municípios da RMP que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB.....	84
Tabela 14 - Características gerais dos municípios estudados da região do Médio Paraíba - Estado do Rio.....	85
Tabela 15 - Distribuição dos vínculos profissionais dos respondentes das EqSF dos municípios selecionados da RMP.....	89

Tabela 16 - Distribuição do mecanismo de ingresso dos profissionais das EqSF dos municípios selecionados da RMP.....	90
Tabela 17 - Percentual de respostas das EqSF quanto aos diferentes perfis de “estudantes e/ou outros”, nos municípios selecionados da RMP/ERJ.....	95
Tabela 18 - Quantitativo de respostas dos municípios da RMP de quem organizou ações de EP no último ano – RMP.....	104
Tabela 19 - Frequência das respostas quanto às ferramentas utilizadas do Telessaúde, pelos respondentes das EqSF dos municípios selecionados da RMP.....	108
Tabela 20 - Frequência de salas exclusivas, computadores e acesso a internet nas UBS dos seis municípios selecionados – RMP/ERJ	110
Tabela 21 - Distribuição das respostas das equipes quanto a consideração dos resultados dos dois ciclos na organização do processo de trabalho da equipe em municípios selecionados – RMP	117

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição do percentual de adesão de EqSF nos por Ciclo do PMAQ-AB no Brasil e no ERJ, 2011 a 2017	62
Gráfico 2 -	Percentual de EqSF certificadas nos dois ciclos do PMAQ-AB, por região – Brasil.....	62
Gráfico 3 -	Percentual de EqSF certificadas que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB, por região – Estado do Rio de Janeiro (ERJ).....	63
Gráfico 4 -	Percentual por ciclo das formações dos respondentes ao PMAQ-AB no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro (ERJ).....	64
Gráfico 5 -	Distribuição dos perfis de “estudantes e/ou outros”, recebidos pelas EqSF que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB– Brasil e ERJ...	70
Gráfico 6 -	Distribuição dos perfis de “estudantes e/ou outros”, recebidos pelas EqSF que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB– nas regiões do ERJ.....	70
Gráfico 7 -	Classificação do desempenho das EqSF no PMAQ-AB nos Ciclos 1, 2 e 3 – Brasil.....	80
Gráfico 8 -	Classificação do desempenho das EqSF no PMAQ-AB nos Ciclos 1, 2 e 3 – ERJ.....	81
Gráfico 9 -	Evolução da cobertura populacional pela ESF nos municípios selecionados da região do Médio Paraíba.....	86
Gráfico 10 -	Percentual de EqSF que recebiam “estudantes e/ou outros”, nos municípios selecionados da RMP/RJ.....	92
Gráfico 11 -	Frequência da periodicidade das reuniões de equipe dos municípios selecionados da RMP.....	102
Gráfico 12 -	Percentual das respostas das EqSF, quanto a participação em ações de EP nos municípios selecionados – RMP/ERJ.....	107
Gráfico 13 -	Distribuição do percentual de respostas dos municípios selecionados quanto ao alcance das necessidades de EP das EqSF.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Avaliação Externa
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Instituições de Ensino em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Estadual de Secretários do Estado de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EP	Educação Permanente
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
IEP	Instituição de Ensino e Pesquisa
IES	Instituição de Ensino em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF	Programa de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família
PROMED	Programa de Incentivo as Mudaças Curriculares no curso de Medicina
PRÓ-Saúde	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RMP	Região Médio Paraíba
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária em Saúde
SB	Saúde Bucal
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1	OBJETIVOS.....	26
1.1	Objetivo Geral.....	26
1.2	Objetivos Específicos.....	26
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
2.1	Natureza do trabalho.....	27
2.2	Etapas do trabalho.....	27
2.2.1	<u>Construção de um banco de dados.....</u>	27
2.2.2	<u>Estudo de caso.....</u>	28
2.2.2.1	Unidade de análise: entrevista com gestores, profissionais de saúde.....	29
2.2.2.2	Local do estudo: caracterização da região de saúde do Médio Paraíba (RMP) – ERJ.....	31
2.2.2.3	Desenvolvimento e análise do estudo de caso.....	33
2.3	Aspectos éticos.....	35
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
3.1	Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.....	36
3.1.1	<u>O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....</u>	40
3.2	Políticas de integração ensino-serviço.....	47
3.2.1	<u>O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).....</u>	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1	PMAQ-AB no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro (ERJ).....	60
4.1.1	<u>Integração ensino serviço e as Equipes de Saúde da Família (EqSF).....</u>	65
4.1.2	<u>A infraestrutura das UBS.....</u>	71
4.1.3	<u>Práticas de Educação Permanente (EP) – Brasil e Rio de Janeiro.....</u>	73
4.1.4	<u>Processo de trabalho: planejamento e reunião de equipe – Brasil e Rio de Janeiro.....</u>	78
4.1.5	<u>Desempenho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) nos ciclos do PMAQ-AB.....</u>	79

4.2	O ESTUDO DE CASO – RMP	82
4.2.1	A Região do Médio Paraíba (RMP) – região escolhida para o estudo	83
4.2.1.1	<u>Atenção Básica na Região do Médio Paraíba e a ESF</u>	85
4.2.1.2	<u>Processo de trabalho</u>	87
4.2.1.3	<u>A integração ensino-serviço nas EqSF em ato na RMP</u>	91
4.2.1.4	<u>Reunião de equipe no campo de prática</u>	100
4.2.1.5	<u>Educação permanente (EP) na RMP</u>	103
4.2. 1.6	<u>A infraestrutura das UBS</u>	109
4.2.3	A experiência do PET-Saúde na RMP	111
4.2.4	O PMAQ no campo de prática	115
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas	137
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	142
	APÊNDICE C - Descrição dos módulos componentes da AE do PMAQ-AB	148
	APÊNDICE D - Descrição da trajetória das políticas de reorientação da formação profissional em saúde	149
	ANEXO A - Variáveis escolhidas do banco de dados do PMAQ-AB, nos Módulos I e II	150
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética	154

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Início este trabalho me apresentando, pois o mesmo foi pensado e desenvolvido sob a influência de minha trajetória profissional de mais de 30 anos no Sistema público de saúde. Sou Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e em junho de 1986 ingressei numa instituição hospitalar federal, atuando inicialmente como enfermeira da comissão de controle de infecção hospitalar, fazendo busca-ativa junto aos pacientes internados. No mesmo ano passei no concurso para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde iniciei atuando na supervisão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e, em 1992, fui atuar na gestão de uma coordenação de área no município do Rio de Janeiro. A partir desse período, fui construindo uma carreira que me fez vivenciar a gestão em saúde nos seus diferentes níveis, acompanhando bem de perto a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Quando ingressei no serviço público estavam sendo finalizadas as discussões da Reforma Sanitária, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (que participei como ouvinte), da promulgação da Constituição de 1988 e da criação do SUS no início da década de 1990. Saíamos de um período de autoritarismo e iniciávamos o resgate de direitos e da cidadania perdida nos anos 1960 e 1970, uma longa de transição democrática que culminou no avanço dos movimentos sociais e em diversos segmentos progressistas da sociedade, fortalecendo o movimento sanitário, que resultou na criação do SUS, com suas diretrizes estruturantes e definindo os princípios para as ações de saúde como: garantia do acesso, universalização, equidade, descentralização, municipalização, integralidade das ações, regionalização e hierarquização (VIANA; DAL POZ, 2005). Desde sua implantação buscou-se uma forma de rearranjar o conjunto de serviços de saúde até então existentes e efetuaram-se esforços para sua expansão com vistas a dar cada vez mais acesso da população ao sistema de saúde. Lembrando que até a criação do SUS, o acesso da população aos serviços de saúde estava restrito a classes de trabalhadores formais assalariados, ficando de fora milhões de brasileiros.

Na continuidade de minha carreira, em 1997, assumi o cargo de Superintendente de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), compus a Comissão de Implantação do Programa Saúde da Família no estado e pude acompanhar, com muita proximidade, todo esse processo de discussão no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) e também no Brasil, pois integrava a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

Nesse período havia algumas dificuldades para a implantação do Programa Saúde da

Família (PSF), entre elas o financiamento e o perfil dos profissionais para compor as equipes. A questão do perfil estava pautada na própria proposta para a formação de profissionais de saúde à época, que não era voltada para uma formação do trabalho em equipes multiprofissionais e nem na definição ampliada da saúde, presente nas diretrizes do SUS e essencial para o processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família (EqSF). Nesse mesmo ano, houve uma das primeiras iniciativas de qualificar ou, pelo menos, discutir a qualificação para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Por conta de minha inserção na SES-RJ, fiz parte da coordenação de implantação do Polo no Rio de Janeiro, no período de 1997 a 1998, estabelecendo inicialmente parceria com duas universidades (uma federal e uma estadual). Foi um período bem intenso no empenho de estabelecer uma integração de trabalho da gestão estadual, municipal e das instituições de ensino, que envolveu diversos atores, tanto gestores quanto docentes, saindo como produto inicial a capacitação dos próprios docentes e profissionais dessas instituições e, posteriormente, dos profissionais da rede de saúde e do pessoal em formação, com a oferta de cursos de especialização, de aperfeiçoamento, de residências multiprofissionais, entre outras iniciativas.

Depois desse período na SES-RJ, no ano de 2001, fui compor a equipe da gestão de uma secretaria de saúde em um município de pequeno porte no ERJ, onde fui responsável pela implantação de EqSF, e pude constatar a dificuldade de ter profissionais de saúde qualificados, bem como a dificuldade de fixação dos mesmos nas equipes. Nesse município pude acompanhar a presença de estudantes de medicina (de uma faculdade privada da região), cujo escopo do estágio era a realização de consultas em pacientes crônicos, com pouca supervisão de docentes, constatando não só a falta de integração com os profissionais das equipes, como a total dissonância com os princípios de uma ação mais integral.

Sendo assim, minha carreira de gestora começou a ser influenciada mais diretamente pela questão da formação e da qualificação de profissionais de saúde para atuar na Atenção Básica (AB), culminando, a partir de 2005, quando fui para uma instituição de ensino e pesquisa, e integrei a coordenação, por mais de doze anos, de um programa que tinha a proposta de integração ensino e serviço. Era uma residência multiprofissional em saúde da família e durante a formação e os encontros entre os residentes e as EqSF muitas reflexões surgiram, havendo muita curiosidade, entre várias, se esses encontros traziam reflexos na qualidade da assistência prestada e se a ação dos residentes junto aos profissionais potencializava a qualidade do cuidado? Em meio a esses questionamentos, tive a oportunidade de, em 2010, participar do planejamento e, depois, a partir de 2011, da execução do Programa

de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde (MS), que tinha por objetivo avaliar a qualidade e o acesso na AB. Na execução desse programa, integrei a equipe de coordenação nacional do trabalho de campo da etapa de Avaliação Externa (AE), em todo o território nacional, tendo assim atuado nos três ciclos de avaliação já ocorridos (o último terminou em dezembro de 2018). Também compus a equipe de coordenação de uma das Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP), responsável pela execução da AE em nove estados da federação, abrangendo as seguintes regiões e estados: Norte: Amazonas, Amapá, Roraima e Tocantins; Nordeste: Pernambuco e Alagoas; Sudeste: Rio de Janeiro e Espírito Santo e Sul: Paraná.

Vale aqui um pequeno depoimento de quem participou intensamente da etapa de AE, nos três ciclos já realizados. Foi uma experiência ímpar, seja para quem esteve na coordenação, seja para quem foi para campo nos papéis de supervisor e entrevistador. Para esses diferentes papéis, participaram pesquisadores, docentes, alunos de pós-graduação (*lato e stricto-sensu*), ex-alunos nossos, além de diferentes profissionais de saúde. Com essa ida a campo todos nós “descortinamos” os diferentes cenários a partir da observação da realidade onde é desenvolvida a política de AB. Ter ido a campo para coletar dados que subsidiaram o MS a certificar equipes e que produziu uma grande base de dado para estudos, transcendeu aos limites específicos da tarefa. Foi de uma riqueza imensurável, pois conhecemos “em ato” e “ao vivo” a AB em diferentes locais, desde as equipes das grandes cidades, a das pequenas cidades, seja do litoral, ou do interior do Brasil, incluindo equipes de povoados tradicionais como indígenas, ribeirinhos, quilombolas, entre tantos. Vivenciamos diferentes formas de acesso nos diferentes locais, uns fáceis e outros onde o acesso é prejudicado e/ou influenciado por barreiras geográficas, climáticas e/ou organizacional, que dificultam extremamente o acesso, tanto para os pesquisadores, quanto para a própria população. Outro grande resultado desse processo foi a aproximação entre as instituições de ensino envolvidas. Esse envolvimento ocorreu desde a elaboração dos instrumentos junto ao MS até as parcerias com IES locais no desenvolvimento dos processos de Avaliação Externa.

Sendo assim, tendo em vista essa trajetória profissional, com a aproximação da questão da integração ensino serviço e da experiência com o PMAQ-AB, realizei esse trabalho onde cotejei duas políticas governamentais implantadas nos anos 2000, que traziam em seu escopo a preocupação de qualificar atenção à saúde prestada à população brasileira, principalmente na AB, seja através de avaliações diretas no serviço, seja através da participação na formação dos profissionais de saúde e na integração ensino-serviço.

A escolha pelo tema se potencializou quando, a partir de meus questionamentos e

curiosidades, fiz uma busca por publicações dessa temática e verifiquei a escassez de pesquisas que realizassem uma reflexão, ou mesmo uma avaliação, da contribuição para a AB da integração entre essas duas políticas. Havia uma curiosidade, por exemplo, em saber se as EqSF que vêm aderindo ao PMAQ-AB e que receberam alunos do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), ou tivessem alguma experiência de integração ensino-serviço, apresentaram melhor desempenho por conta dessa aproximação ou se essa integração não trouxe maiores consequências. Como políticas escolhidas, criadas para essas áreas, foram: o PMAQ-AB, criado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2011 e o PET-Saúde, instaurado através de uma ação intersetorial, pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), em 2008.

Portanto, a trajetória na gestão do SUS, na ESF e junto à coordenação de uma residência, bem como meu posicionamento dentro do PMAQ-AB, possibilitou-me uma aproximação ao tema proposto, tendo acesso a informações, além da possibilidade de aproximação junto às discussões e aos atores chaves. Acrescenta-se a isso que, por ter participado da construção e por conhecer bem os instrumentos de coleta de dados do PMAQ-AB, posso afirmar que ele tem potência para corroborar com a análise proposta nesse estudo, inclusive por apresentar entre seus objetivos e padrões a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade.

Por último, com a expansão e consolidação da ESF pelo país, penso ser possível conhecer e analisar se essas equipes, presentes em quase a totalidade dos municípios, estão conseguindo realizar uma atenção com qualidade, ampliando a cobertura e principalmente proporcionando maior acesso da população à saúde.

O presente trabalho inicia com uma introdução ao tema, seguida dos objetivos e de como organizei o material e o método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, apresento algumas reflexões sobre as políticas e conceitos que fundamentaram o trabalho, realizo a discussão de alguns resultados do Brasil e do Estado do Rio, a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), bem como a discussão e a análise das informações coletadas na execução do estudo de caso em uma das regiões do ERJ.

Introdução ao tema

Na segunda metade da década de 1970 e durante os anos 80, houve uma grande mobilização da sociedade civil, incluindo os profissionais de saúde e vários movimentos sociais em torno das expectativas de transformação na saúde, movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária e que serviu de base, posteriormente, ao SUS. Como marco histórico desses momentos e que pautaram as propostas de transformação na saúde no Brasil, estão como grandes referências a Declaração de Alma-Ata (1978), que teve como tema “Saúde para Todos no ano 2000” e a Conferência de Ottawa (1986), na qual foi formulada a proposta de Promoção da Saúde, com base na noção de que saúde equivale à qualidade de vida. Após 40 anos de Alma-Ata, em outubro de 2018, aconteceu a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde (APS) em Astana, Cazaquistão e a elaboração da Carta de Astana, que objetivou a revisão de Alma-Ata, tendo como eixo a renovação do compromisso político com a APS, embora com questões polêmicas quanto ao seu desenvolvimento.

No Brasil, a implantação do SUS, em 1990, trouxe diferentes e profundos desafios que nos faz indagar e refletir sobre que profissionais podemos formar e que processos de trabalho devem ser desenvolvidos para garantir o alcance dos seus princípios e diretrizes. Com essa implantação, acrescenta-se à agenda dos gestores, profissionais de saúde e das instituições formadoras, a necessidade de se trabalhar com o conceito ampliado de saúde, que tem influência direta na formação dos profissionais e que deve considerar “para além do biológico na compreensão do processo saúde-doença, bem como propiciar o conhecimento das diferentes realidades sócio epidemiológicas do país e desenvolver a capacidade de analisa-las criticamente” (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018, p.292).

Em 1991, já no governo Collor, alguns retrocessos ocorreram, surgindo certas políticas sociais de cunho assistencialista, mas que de certa forma, acabaram por contribuir com a discussão sobre organização do SUS. Entre essas políticas, “o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha um grande potencial solidarizante” (SOUSA, 2003, p. 47). O PACS abriu as portas para se pensar numa grande mudança estrutural do SUS, quebrando a ideia hegemônica de um sistema médico-hospital-centrado, levando informação e ação sobre prevenção de agravos e promoção da saúde, realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que moravam e conheciam profundamente as mazelas de sua comunidade. Nesse sentido, como cita Sousa (2003, p. 54), o PACS “era um mecanismo tático para suscitar maior discussão em âmbito dos municípios sobre a importância da organização e/ou

reorganização da rede básica de saúde, como porta de entrada do SUS”. O PACS cresceu, envolveu vários municípios, principalmente no Nordeste do país, mas, devido à necessidade de organizar melhor essa porta de entrada no sistema e aumentar a abrangência e resolutividade dos problemas apresentados pela população, em 1994, houve a criação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa acrescentou na sua composição outros profissionais: o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, além dos ACS. Em 2001, acrescentou-se a equipe de saúde bucal e, em 2008, um núcleo de apoio composto por diversos profissionais de saúde, denominado Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Essas mudanças possibilitaram um aumento do acesso, trazendo também a ideia de adscrição da sua clientela, o que favoreceu uma melhor organização e planejamento local.

O PSF trouxe, com mais força que o PACS, uma proposta diferenciada de ação das equipes. Como aponta Fausto et al (2018, p. 54), o programa trouxe “a proposta da abordagem familiar e comunitária para o centro da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual e a ação programática dominavam as práticas de saúde”. Essa abordagem e a visão ampliada da saúde mobilizaram profissionais, gestores e a própria sociedade. Do ponto de vista da gestão, a implantação do programa foi estruturada para ser orientada pela ideia central de sistema de saúde e não por um agrupamento de serviços heterogêneos e competitivos. Segundo Magalhães (2014, p. 18), pode-se afirmar que “esta implantação deu vida, tornou visível e deu alento político ao SUS nos últimos 30 anos”.

Em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB 01/96)¹, o programa passou a ser considerado como uma proposta efetiva de reorganização da AB nos municípios. Anos depois, com as publicações do Pacto pela Saúde² e da Política Nacional de Atenção Básica³ (PNAB), em 2006, o programa deixou de ser efetivamente um programa para ser a estratégia para consolidação da AB no país. Ou seja, assumiu a dimensão de uma estratégia política no processo de reorganização do sistema de saúde, sinalizando um modelo específico de cuidado, com foco não no indivíduo, mas na família e no território, trazendo como consequência se tornar o cenário privilegiado para efetivar essas experimentações na formação (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018).

¹ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/96 – SUS) (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996).

² Portaria 399 GM de 22 fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

³ PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ao longo desses mais de vinte anos de implantação da estratégia de organização da AB são notáveis alguns avanços, tais como: a expansão geográfica de cobertura e a ampliação quantitativa das Equipes de Saúde da Família (EqSF) nos municípios e regiões do Brasil, apontando efetivamente ter havido um investimento político. Segundo dados publicados pelo MS, em junho de 1998 haviam sido implantadas 2.054 EqSF, distribuídas em 739 municípios. Dez anos depois, em janeiro de 2008 eram 27.806 EqSF implantadas em 5.157 municípios e, em setembro de 2019, já eram 43.508 EqSF implantadas em 5.481 municípios; ou seja, 98,4% dos municípios do país têm a ESF como estratégia principal de organização do seu sistema de saúde⁴.

Esses números, sem dúvida, apontam a dimensão e a importância da opção por esse modelo de organização da AB no Brasil. Mendonça et al (2018) consideram que:

(...) o modelo já passou por várias configurações, segundo a produção de conhecimento sobre a análise dessa política, que ainda pode se expandir para aprofundar a dinâmica das transformações de sua arquitetura e de todo o conjunto de dispositivos que marcaram a sua implantação (MENDONÇA et al., 2018, p. 43).

Outra questão surgida desde a implantação ainda como PSF, foi que, com a expansão das equipes, houve uma forte influência na oferta de postos de trabalho, Girardi; Carvalho (2003, p.185) definiu que o “PSF pode ser incluído no rol das políticas governamentais com grande potencial de impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde”. Dentro desse desafio, com relação à valorização e formação, Pierantoni et al. (2012) aponta duas necessidades:

O fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços do sistema de saúde e o fortalecimento e a ampliação dos processos de mudança da graduação, de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do SUS (PIERANTONI et al., 2012, p. 47).

O núcleo desse modelo de atenção está organizado por equipes multiprofissionais que precisam produzir respostas mais amplas e potentes aos problemas de saúde e, portanto, devem ofertar ações individuais e coletivas, ser o primeiro contato e formar vínculos com as famílias. Ainda com relação às ações, a equipe deve ser responsável pelo cuidado longitudinal dos pacientes. O foco do cuidado dessas equipes é a família, cujo universo de ação abrange desde a infância, ou mesmo antes do nascimento, até a velhice de sua população. (FAUSTO et al., 2018, p. 57).

Pensando na qualificação desses profissionais, tendo em vista as características do

⁴ (<http://sisaps.saude.gov.br/> - Acesso em 26 nov. 2019)

processo de trabalho diferenciado, e de certo modo, complexos, das equipes da ESF, deve-se buscar um desenho de formação que possa articular teoria e prática, integrando o serviço, o ensino e a aprendizagem. Essa forma de pensar qualificação possibilita influenciar a qualidade do cuidado, incluindo processos que contam com a presença de futuros e novos profissionais de saúde.

Reforçando a complexidade desse modelo de atenção, Feuerwerker e Capozzolo (2018, p. 291) acrescentam que: “Houve importante aposta na AB como espaço de inovação das práticas de atenção à saúde, de mais promoção, mais coletivo, mais conexão com o território e as necessidades de saúde”. Rangel e Vilasboas (1996) corroboram com essa questão dos espaços dizendo que a vivência prática de profissionais em formação na AB possibilita “a formação de um profissional crítico, cidadão preparado para aprender, criar, propor e construir um novo modelo de atenção à saúde” (RANGEL; VILASBOAS, 1996, p. 16). Para tanto, o processo de formação deve acontecer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo, visando à transformação das práticas.

Essa questão da qualificação dos profissionais esteve presente desde a implantação do PSF e uma das primeiras iniciativas proposta pelo MS para o enfrentamento a essa necessidade foi a criação e implantação, ainda em 1997, dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Em 2001, segundo o Informe de Atenção Básica⁵, os Polos foram definidos como espaços de articulação de instituições de ensino voltadas para a formação e educação permanente dos profissionais de saúde, que se consorciavam com as SES e/ou SMS para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família. Naquele ano, havia 30 polos no país, envolvendo 104 instituições de ensino, presentes em todos os estados da União.

Outras iniciativas foram sendo implantadas na tentativa de influenciar as instituições formadoras na área da saúde, alinhadas às diretrizes do SUS e da ESF, que serão abordadas em outro capítulo desse estudo. Uma delas, o PET-Saúde, instituído em 2008 e considerado, conforme França et al (2018, p. 288) “como uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional”, tem como fio condutor a integração ensino-serviço. Com certeza a questão da qualificação dos profissionais continua sendo um dos importantes desafios para a própria qualificação da AB. Todas as versões da Política

⁵ <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe10.pdf>, Ano II – junho/2001

Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶ fazem referência a essa questão.

Entende-se, por fim, que integração ensino-serviço deva ser um trabalho coletivo, onde convivem nos espaços dos serviços de saúde, estudantes, docentes das IES e trabalhadores dessas equipes, bem como os gestores, objetivando, através desse convívio a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e o desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBURQUERQUE et al. 2008). A PNAB 2017 corrobora definindo que a formação em saúde deve:

Ser desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. (BRASIL, 2017, p. 68).

Pensando ainda no ponto de vista do arcabouço legal, desde a implantação do SUS, é de competência do gestor o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Além disso, a Constituição Federal (CF) concebe como essencial para a implantação do sistema a definição de uma política relacionada aos trabalhadores. O art. 27 da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população.

Tendo em vista as questões postas sobre a necessidade de se ter profissionais qualificados para atuar na ESF, sendo essa um excelente campo de prática para a formação dos novos profissionais, houve a necessidade, por parte do gestor federal, de pensar numa verificação dessa qualidade da AB. Será que as EqSF implantadas no país estão realmente desenvolvendo suas práticas com qualidade? Sendo assim, algumas iniciativas de verificação foram desenvolvidas nos últimos anos, mas somente em 2011 foi lançada uma política com mais consistência abrangendo todo o território nacional: o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁷. Esse programa tem em seu escopo uma etapa, chamada de Avaliação Externa (AE), que consiste em realizar uma verificação *in loco*, através de uma pesquisa de campo sobre processo de trabalho das EqSF e sobre infraestrutura das UBS. Essas verificações têm sua relevância, pois dependendo das condições existentes,

⁶ A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017.

⁷ Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011/MS.

podem influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado pelas equipes, bem como em processos formativos. Falamos aqui tanto de espaços físicos, quanto de espaços políticos. As características da estrutura, ao contribuir para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados. Os indicadores de estrutura revelariam as condições estruturais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços. As equipes devem desenvolver seu trabalho em espaços com boa infraestrutura e com acesso a tecnologias. Sem dúvida a estrutura é um elemento importante na qualidade do cuidado, mas ainda são importantes outras dimensões para assegurar a qualidade do cuidado prestado, como o processo de trabalho, os insumos, os fluxos, a acessibilidade, a equidade, dentre outros (DONABEDIAN, 1988).

Por fim, nossa questão norteadora foi compreender se houve mudanças no processo de trabalho das EqSF, que serviram de campo de prática dos estudantes ligados ao PET-Saúde ou de outras ações de integração ensino-serviço. Pretende-se analisar, considerando-se alguns dados secundários levantados na verificação *in loco* no desenvolvimento da etapa de AE do PMAQ-AB, se existiam ações de integração ensino-serviço nas EqSF do Brasil e do ERJ e, ao realizar um estudo de caso, refletir sobre a influência dessas ações no desempenho das EqSF, a partir da percepção de gestores e profissionais de saúde entrevistados em municípios de uma região do ERJ.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Analisar como o PET-Saúde e outras ações de integração ensino-serviço, colaboram para mudanças no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que participaram do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em municípios selecionados da Região do Médio Paraíba (RMP) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), de 2011 a 2018

1.2 Objetivos Específicos

- Organização da base de dados para o estudo a partir dos bancos dos ciclos 2 e 3 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Sistematizar informações do Brasil e do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que participaram de 2 ciclos do PMAQ-AB;
- Analisar informações sobre processo de trabalho e infraestrutura das Equipes de Saúde da Família (EqSF), da Região do Médio Paraíba (RMP), do Estado do Rio de Janeiro (ERJ);
- Identificar as ações de integração ensino-serviço desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), da Região do Médio Paraíba (RMP), do Estado do Rio de Janeiro (ERJ);
- Conhecer a percepção do gestor e dos profissionais sobre a relevância do PET-Saúde como estratégia de integração ensino-serviço.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Natureza do trabalho

O presente trabalho é um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado através de levantamento e análise de dados de bases secundárias sobre processo de trabalho e infraestrutura das EqSF participantes da Avaliação Externa do PMAQ-AB e de um estudo de caso realizado com profissionais de saúde e gestores de municípios selecionados da Região do Médio Paraíba no Estado do Rio de Janeiro, por meio de entrevistas semiestruturadas.

2.2 Etapas do trabalho

2.2.1 Construção de um banco de dados

Levantamento e análise de dados de bases secundárias de resultados das unidades e equipes participantes dos ciclos do PMAQ-AB, publicizadas pela Secretaria de Atenção Primária de Saúde (SAPS/MS). A partir dessas bases foi construído um novo banco de dados, reunindo os resultados das EqSF e UBS do ciclo 3 que participaram também do ciclo 2. A escolha teve como pressuposto que as equipes que passaram por esses dois últimos ciclos do PMAQ-AB acumularam experiência com um processo avaliativo. Esse critério foi proposto pensando que as EqSF que participaram dos dois ciclos tiveram mais oportunidades de refletir sobre seu processo de trabalho e provavelmente elaboraram seus planejamentos respaldados por essas reflexões, ou mesmo a preocupação em melhoria da infraestrutura das UBS e do seu processo de trabalho.

Com base nos dados do PMAQ-AB dos ciclos 2 e 3, para a criação do banco para o estudo foram selecionadas variáveis (ANEXO A) que tinham relação com nossos objetivos. Os bancos utilizados como fonte secundária são dados de domínio público, disponíveis no site da SAPS/MS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>). Os microdados referentes ao 3º ciclo foram disponibilizados em junho de 2019. Foram utilizados os softwares Microsoft Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

A construção do banco foi através da comparação dos bancos existentes dos dois ciclos (ciclos 2 e 3), através dos campos comuns neles existentes: o Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Identificador Nacional de Equipes (INE). Desta forma, criamos um novo banco somente com as EqSF que participaram dos dois ciclos (2 e 3). Os totais presentes nesse novo banco foram os seguintes: no Brasil participaram 27.740 EqSF, distribuídas em 22.555 UBS, e no ERJ foram 1.743 EqSF, distribuídas em 1.071 UBS. Foram eliminados do estudo os municípios e as equipes que participaram do ciclo 2, mas não aderiram ao 3º ciclo.

O principal motivo para a escolha pela utilização dos dados desses dois últimos ciclos em detrimento do 1º ciclo foi que para adesão dos municípios e equipes o MS limitou a adesão em 50% das equipes de cada município, orientação que não existiu nos ciclos 2 e 3. O 3º ciclo teve a maior participação de equipes com relação aos três ciclos. Nos ciclos 2 e 3, mais de 80% das EqSF do país aderiram ao programa ao passo que no 1º foi de 53%.

A escolha das variáveis foi relacionada ao levantamento sobre processo de trabalho das EqSF, com as seguintes dimensões presentes no Módulo II (entrevista com o profissional de saúde da equipe: formação, vínculo, formas de contratação e ingresso, planejamento, educação permanente e integração ensino-serviço). Este módulo se refere ao levantamento sobre processo de trabalho das EqSF, e no Módulo I, trata-se sobre o levantamento da infraestrutura das UBS. Neste módulo foram consideradas algumas variáveis que poderiam ajudar a qualificar o desenvolvimento de atividades de ensino, tais como: a existência de computadores com acesso à banda larga e existência de espaços para atividades coletivas exclusivas.

2.2.2 Estudo de Caso

Considerando que os dados levantados na etapa de Avaliação Externa (AE) do PMAQ-AB não se referiam diretamente à questão da integração ensino serviço, nem apontaram qual(is) programa(s) eram desenvolvidos nas equipes, apenas fornecendo indícios, optou-se em fazer um estudo de caso para investigar junto aos profissionais e gestores que participaram do PMAQ-AB e que estavam (ou estiveram) envolvidos com ações de integração ensino-serviço em suas rotinas de trabalho. Esse levantamento no campo foi importante, pois, segundo Deslandes (2016, p.157), “permitirá obter informações e conhecimentos sobre o objeto de estudo, ou uma hipótese de pesquisa”.

A escolha pelo estudo de caso como estratégia da pesquisa provém do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, sendo possível preservar aspectos importantes provenientes da vida real. Tem o objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou

fornecer uma compreensão profunda dele. O diferencial deste método de pesquisa está justamente na sua capacidade de acessar a uma ampla variedade de evidências: “documentos, artefatos, entrevistas e observações [...]” (YIN, 2015, p.3). Segundo o autor, o método contribui, dentre outras questões, na explicação de relações causais em “intervenções da vida real”, na descrição de uma intervenção e o seu contexto de ocorrência e, por fim, na exploração de situações onde “a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados” (YIN, 2015, p. 4).

Outro ponto que favoreceu a escolha de um estudo de caso foi a possibilidade de se concentrar “a atenção nos aspectos que são relevantes para o problema de investigação, em um determinado tempo, para permitir uma visão mais clara dos fenômenos por meio de uma descrição densa”. (STAKE, 2007 *apud* ANDRADE et al., 2017, p. 2)

2.2.2.1 Unidade de Análise: Entrevista com gestores, profissionais de saúde

Utilizamos como método de pesquisa a entrevista semiestruturada, considerando vários fatores, entre eles, por ser uma técnica amplamente utilizada, que se adaptava às necessidades para a realização do estudo, se constituindo num momento especial na construção de dados. De acordo com Chizzotti (1991 *apud* DESLANDES, 2016, p. 169) trata-se “de uma forma de interação singular entre pesquisador e interlocutor, em que informações, histórias, depoimentos e opiniões são profundamente influenciados pelo tipo de relação entre ambos”.

Todas as entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, que serviram de “orientação e guia para o andamento da interlocução, de tal forma que permitisse flexibilidades nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância” (SOUZA et al., 2016, p. 136). Foram utilizados três roteiros: Profissional de Saúde, Gestor Municipal e Coordenador do PET-Saúde (APÊNDICE A).

No total foram realizadas 22 entrevistas com profissionais, distribuídos entre gestores da SES, gestores da atenção básica de seis municípios da região, coordenador do PET-Saúde e profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família, que participaram do PMAQ-AB e participaram de atividades junto a profissionais em formação.

As entrevistas foram previamente agendadas junto aos gestores dos municípios e realizadas e gravadas pela autora, em espaços distintos, para evitar constrangimentos decorrentes a algum questionamento relativo às práticas profissionais. Antes de iniciar as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi

disponibilizado por escrito, lido e assinado pelo entrevistado, sendo assegurados a todos o sigilo e a confidencialidade das informações. Os dados derivados das entrevistas foram transcritos na íntegra e organizados segundo categorias.

Foram feitas as seguintes entrevistas: primeiramente, na SES-RJ com um apoiador regional e, depois, em cada um dos seis municípios com o responsável pela AB (coordenador ou superintendente, conforme constava no organograma do município), bem como com o coordenador de área técnica. Também entrevistamos pelo menos dois profissionais de saúde, de duas UBS diferentes com EqSF que participaram do PMAQ-AB e, preferencialmente, que recebiam estudantes. Além desses, em alguns municípios entrevistamos os coordenadores do PET-Saúde (da instituição de ensino e o outro da SMS). Um dado importante é que dentre os profissionais entrevistados havia alguns que foram (ou são) preceptores do PET-Saúde. A escolha da unidade e do profissional ficava a cargo de cada coordenação de AB.

A primeira parte dos roteiros de entrevista (APÊNDICE A) tem uma rápida caracterização do perfil do entrevistado, quanto à idade, formação, pós-graduação, vínculo trabalhista e tempo na função. Com relação a essas características, a maioria dos entrevistados está na faixa etária de 28-38 anos, eram mulheres e quanto à formação, a maioria eram enfermeiras. Do ponto de vista do investimento na formação profissional, doze tem especialização, em alguns casos até mais de uma especialização, oito entrevistadas tem mestrado completo (sendo uma doutoranda), demonstrando um movimento significativo em se qualificar para o trabalho. Essa tendência, de ter uma pós-graduação foi mais presente nos gestores entrevistados do que nos profissionais das equipes. A maioria estava na função atual entre um e cinco anos, muito deles entraram nos cargos na última eleição, quando houve muita troca na gestão dos municípios. Quanto ao vínculo trabalhista, um número maior (9 =40%) foi de estatutários e o restante estava distribuído em celetista, contrato temporário e cargo comissionado.

Na Tabela 1, demonstramos as principais características dos entrevistados nos seis municípios da RMP e na SES-RJ.

Tabela 1- Perfil dos profissionais entrevistados em municípios da Região Médio-Paraíba, ERJ, 2019 (n=22)

Faixa etária dos entrevistados:	28- 38	12
	39- 49	5
	50- 60	4
	61 +	1
Sexo:	Feminino	20
	Masculino	2
Profissão:	Enfermeiro	18
	Médico	2
	Psicólogo	2
Pós-graduação:	Especialização	12
	Mestrado	8
	Nenhuma	2
Função atual:	Coordenação AB	7
	Coordenação do PET-Saúde	2
	Enfermeiro da ESF	10
	Tutor do PET-Saúde	3
Tempo na função:	< =1 ano	7
	1 a 5 anos	11
	5 a 10 anos	2
	Mais de 10 anos	2
Vínculo trabalhista:	Estatutário	9
	Bolsista	1
	Cargo comissionado	3
	Celetista	5
	Contrato por tempo determinado	4

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Atenção Básica (AB); Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET- Saúde); Estratégia Saúde da Família (ESF).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

2.2.2.2 Local de estudo: caracterização da região de saúde do Médio-Paraíba (RMP)

O estudo de caso foi desenvolvido em municípios da região de saúde Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro que tiveram equipes que participaram de dois ciclos do PMAQ-AB. A escolha dessa região foi definida, em um primeiro momento, por apresentar a maior frequência de EqSF que declararam ter recebido “estudantes e/ou outros⁸”.

A Região de saúde do Médio-Paraíba está localizada ao sul do Estado do Rio de Janeiro e faz divisa com os estados de Minas Gerais e São Paulo. Por ela passa uma das principais rodovias do país, o que influenciou e influencia seu desenvolvimento. As áreas

⁸ Para o estudo, a variável: “Sobre a integração ensino serviço: a sua equipe conta com a participação de: estudantes de graduação, estudantes de nível médio, residentes de medicina, residentes multiprofissionais e/ou pesquisadores?”, será apresentada como “estudantes e/ou outros”.

urbanas na região formam um conjunto de aglomerados urbanos de médio porte que têm sua base produtiva relacionada a um parque industrial focado na siderurgia, na indústria automotiva e, mais recentemente, em uma fábrica de vidros temperados de grande porte, que a coloca na segunda posição em termos de desenvolvimento econômico no Estado⁹.

Composta por 12 municípios, divididos em três aglomerados urbanos: Valença, Rio das Flores, Barra do Piraí e Piraí, ao norte da região, com um total de 205.509 habitantes; Resende, Itatiaia, Porto Real e Quatis, ao sul da região, com um total de 184.075 habitantes; e Rio Claro, Pinheiral, Barra Mansa e Volta Redonda, ocupando a região central do Médio-Paraíba. Este último aglomerado urbano acolhe mais da metade da população da região, com as duas maiores cidades em volume populacional (Volta Redonda e Barra Mansa)

A Tabela 2 mostra as características gerais dos municípios dessa região do ERJ:

Tabela 2 - Características gerais dos municípios da região do Médio-Paraíba, ERJ

Municípios	População (2016)	Densidade Demográfica (hab/km ²)	PIB Per capita (2011)	% da população em extrema pobreza (2010)	% da população com plano de saúde (jun/2019)	Cob EqsF (set/2019) %	Presença de alunos do PET-Saúde (*)
Barra do Piraí	97.152	168	14.689,06	3,44	20,61	24,2	Não
Barra Mansa	180.126	329	17.916,19	2,43	30,50	75,1	Sim
Itatiaia	30.475	135	62.199,83	3,2	30,98	76,6	Não
Piraí	28.088	56	36.916,29	3,29	17,55	100	Sim
Pinheiral	24.076	314	9.813,68	3,23	19,58	100	Sim
Porto Real	18.552	367	217.465,66	2,13	44,18	100	Não
Quatis	13.666	48	14.841,95	2,93	20,75	100	Não
Resende	126.084	113	46.520,83	1,93	33,41	82,1	Não
Rio Claro	17.850	21	11.158,80	3,21	14,31	100	Não
Rio das Flores	8.943	19	51.047,03	2,5	9,51	100	Sim
Valença	73.997	57	14.421,52	2,82	12,31	89,4	Sim
Volta Redonda	263.659	1446	35.126,98	1,84	39,82	74,8	Sim

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Produto Interno Bruto (PIB); Coberturas de Equipes de Saúde da Família (cobEqsF); Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

Fonte: Dados da Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/NotaTecnica>.

(*)Atas da CIR-RJ

O município mais populoso da região é Volta Redonda, com 263.659 habitantes, bem como é o de maior densidade populacional (1446 hab/km²). Este município apresenta o menor percentual de extrema pobreza (1,84%). O de menor população é Rio das Flores, com 8.943

⁹ https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_MedioParaiba.pdf, acesso em 2 de fevereiro de 2020

habitantes dispersos pelo município, e que apresenta a menor densidade populacional da região (19 hab/km²). Os municípios de Piraí, Pinheiral, Porto Real, Quatis e Rio das Flores apresentaram em setembro de 2019, uma cobertura de 100% das EqSF, e desses, Pinheiral, Piraí e Rio das Flores receberam alunos do PET-Saúde, além dos municípios de Volta Redonda, Valença e Barra Mansa.

Por último, nossa escolha por essa região se pautou também por ter municípios que tem recebido alunos do PET-Saúde em seis dos seus doze municípios, segundo levantamento que realizamos através da leitura de Atas da CIR¹⁰, publicizadas na página eletrônica da SES-RJ¹¹. Além do fato de que todos declararam receber “estudantes e/ou outros”. Os municípios escolhidos foram: Barra Mansa, Piraí, Pinheiral, Resende, Valença e Volta Redonda.

2.2.2.3 Desenvolvimento e análise do estudo de caso

Fizemos uma primeira aproximação com os coordenadores de atenção básica da região da RMP, através de participação do GT Regional de Atenção Básica, em julho de 2019, onde pudemos apresentar a proposta do estudo. O projeto do estudo também foi encaminhado a CIR Regional para que os gestores municipais tivessem ciência da nossa pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nos meses de julho a setembro de 2019. Desses seis municípios, cinco tiveram experiência com o PET-Saúde e apenas um teve outras ações junto a profissionais em formação. Foram realizadas 22 entrevistas com profissionais de saúde e gestores, com objetivo de conhecer a percepção deles acerca do desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço, corroborando com a reflexão de Souza et al (2010, p. 449), “sua percepção sobre o processo de trabalho em saúde influencia as formas de organizá-lo e, conseqüentemente, o próprio cuidado” Segue abaixo no Tabela 3, as características laborais dos entrevistados:

¹⁰CIR - Comissões Intergestores Regionais - são fóruns criados a partir do Decreto nº 7508 de junho de 2011, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional, oriundos do Pacto pela Saúde. Essa instância veio aprimorar o processo de regionalização no SUS. Os problemas de saúde são identificados e analisados conjuntamente. A partir dessa avaliação procede-se a identificação e pactuação das ações prioritárias, com objetivo de melhorar a situação de saúde e garantir a atenção integral na região. CIR é um ambiente de debate e negociação que promove a gestão colaborativa na saúde. Caracteriza-se como um espaço de governança regional.

¹¹(www.saude.rj.gov.br - Acesso em: mar. 2019)

Tabela 3 - Características laborais dos entrevistados na Região Médio-Paraíba, ERJ, 2019

Características laborais dos entrevistados	N
Apoiador da Região Médio Paraíba/SES	1
Coordenador do PET-Saúde / Representante da CIES	2
Coordenador de Atenção Básica / Coordenadores Técnicos da AB	6
Profissionais de saúde de ESF de diferentes UBS /Preceptores	13
Total de entrevistas	22

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Para a etapa de análise das entrevistas utilizamos a Análise de Conteúdo, tendo como referencial Bardin (2011), que descreve essa análise como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens. (BARDIN, 2011, p:47)

O método da Análise de Conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso. Essa possibilidade permite o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade. Na aplicação do método considera-se que ele deva ser estruturado em três etapas: a pré-análise, onde o material deve ser explorado incluindo o tratamento dos resultados; a segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente; e, a terceira etapa, é quando o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Para análise do material produzido, agrupamos as entrevistas em dois grupos: gestores e profissionais de saúde, garantindo a não identificação dos participantes e/ou de seus locais de trabalho. Para isso foram criados os seguintes códigos (Quadro 1) para a publicação das falas:

Quadro 1 Códigos usados para identificação dos entrevistados na Região do Médio-Paraíba, ERJ, 2019

Código	Perfil	Detalhamento
P	Profissional de saúde	Foram 13 entrevistas com profissionais de EqSF e preceptores
G	Gestor	Foram 9 entrevistas com os gestores: coordenação de AB dos municípios e coordenador do PET-Saúde

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ): Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

Obs: A numeração dos códigos seguiu a ordem das entrevistas. Ex: P1 (profissional que foi o primeiro a ser entrevistado), G1, o primeiro gestor, assim por diante.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

2.3 Aspectos éticos

Obedecendo a determinação da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, em virtude do uso de entrevistas, este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS-UERJ), tendo sido aprovado pelo parecer de Número: 3.321.811, em 19/05/2019 (ANEXO B). Para a participação dos profissionais nas entrevistas foi aplicado o TCLE (APÊNDICE B) em duas vias sendo assinadas por ambas as partes – pesquisador e entrevistado –, esclarecendo todos os direitos dos voluntários que consentiram na participação na pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil

A partir da promulgação da Constituição de 1988, onde foi assumida a saúde como direito do cidadão e dever do Estado¹², criou-se o SUS, na busca de implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (MELO et al. 2018). Em 1994, é criado o PSF, que mais adiante, em 1996, se torna a principal estratégia de organização da AB, tratando-se como um novo modelo assistencial, sendo a porta principal de entrada e, portanto, contribuindo com a melhoria do acesso da população ao SUS, bem como a resolutividade da assistência.

O programa inicialmente era voltado para populações em situação de extrema pobreza, porém, conforme a sua implantação, o seu escopo foi ampliado: “as EqSF tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000” (MELO et al., 2018, p. 40). Devido esse crescimento de adesões, na 1ª edição da PNAB, em 2006, foram incorporados os atributos de uma APS integral, bem como apontou o “Saúde da Família” como a principal estratégia de organização da APS no Brasil (BRASIL, 2006a; FAUSTO et al. 2013).

Desde sua implantação, o governo federal incentiva a adesão dos municípios ao programa, com o objetivo de mudar o modelo assistencial de AB, a fim de aumentar a oferta e a resolutividade de serviços da AB e, conseqüentemente, ampliar a cobertura da população pelas equipes de saúde da família. Com essa determinação, na NOB 01/96¹³, foi criada uma indução financeira a adesão, o Piso de Atenção Básica (PAB).

(...) ainda que se possa questionar esse mecanismo de implementação de políticas públicas, a indução financeira federal contribuiu para a redução de heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais e conferiu prioridade à ESF como modelo de atenção (MENDONÇA et al., 2018, p. 39).

Vale lembrar que a AB, nesses anos de implantação do SUS, passou por profundas transformações. Antes dos anos 1980 não havia nenhuma política nacional de atenção básica, sendo a assistência feita de forma segmentada, em serviços de pronto atendimento e atenção

¹² Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹³ Norma Operacional Básica (NOB) foi um instrumento normativo infralegal, utilizado para maior de operacionalização dos preceitos da legislação que regiam o SUS. Foram publicadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996.

ambulatorial, realizada em centros de saúde, inexistindo a figura de um profissional generalista e com forte ênfase na atenção especializada. A formação de profissionais de saúde estava pautada nessa lógica: assistencialista, especializada e hospitalocêntrica.

Ocorria em alguns locais do país, a contratação do setor filantrópico para atendimento de trabalhadores rurais e iniciativas do MS com relação ao controle de endemias em áreas específicas. Na realidade, de acordo com o desenho de sistema de saúde vigente, “importante parcela da população ficava descoberta, tratada como indigente, recorrendo a hospitais filantrópicos, e sem acesso a serviços de atenção primária” (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p.1904). Posteriormente houve a tentativa de juntar os diferentes serviços de atenção, criando-se as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas experiências motivaram o PACS e o PSF pautados em uma forte orientação comunitária e que se constituíram como precursores da PNAB (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O processo de redemocratização do país, na década de 80, levou à descentralização em saúde no Brasil e o sistema passou de extremamente centralizado, para um cenário de protagonismo dos gestores municipais e estaduais. Este protagonismo envolveu transferências de serviços, de poder, de responsabilidades e de recursos que antes eram do governo federal, para estados e municípios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Sem dúvida, a expansão da cobertura da ESF no país vem se concretizando (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Em 1994, o PSF iniciou tímido, com 328 equipes implantadas em 55 municípios e, em setembro de 2019, já eram 43.508 EqSF implantadas em 5.481 municípios. Foram mais de 25 anos, com um crescimento médio de mais de mil EqSF por ano. Esse crescimento esteve relacionado com o contexto político e organizacional do próprio MS, pois esse ocorreu na medida em que a proposta do PSF se institucionalizava. Segundo Sousa (2003), os anos de 1994 a 1996 foram marcados pelo baixo capital de poder político e institucional da gerência nacional. A partir de 1998, o programa toma um cunho mais institucional, “evoluindo progressivamente de forma a configurar-se enquanto política governamental, orientadora da reorganização da atenção básica no país” (SOUSA, 2014, p. 54). O período de 1998 a 2002 delimita o crescimento político, técnico e institucional nas estruturas do MS, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Ao mesmo tempo em que:

(...) são anos de evidências de suas principais conquistas e dificuldades, circunscritas na expansão do PACS/PSF nos grandes centros urbanos, da revisão da formação dos profissionais e nos processos de institucionalização do monitoramento e avaliação dessas estratégias no país (SOUSA, 2014, p. 54).

No caminho da institucionalização da ESF, houve em 2006 a publicação da primeira PNAB, considerada por diversos autores como o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da ESF, visando à reorganização da AB no Brasil e a consolidação de uma APS forte (MOROSINI e al, 2018).

A ESF funciona por meio de equipes multiprofissionais e, segundo o MS, previsto nas edições das PNAB 2006 e 2011, cada EqSF deveria ser composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de equipe de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Suas atribuições individuais e coletivas também têm sido definidas por essas políticas.

Posteriormente, mais duas versões foram publicadas, em 2011 e 2017. Além das dificuldades ligadas à reorientação do modelo assistencial e de problemas históricos, e mais gerais, tais como o subfinanciamento do SUS, a saúde da família chega ao presente momento sob algumas ameaças. Uma delas vem da nova PNAB, do ano de 2017¹⁴. São algumas ameaças, mas talvez a principal seja o fato de o governo federal permitir e financiar outros arranjos de AB feitos por gestores municipais, ou seja, a ESF continua existindo, mas pode perder espaço, já que os gestores podem acessar recursos independentemente da adoção da estratégia.

Apesar da composição das equipes da ESF ter sido mantida como das outras PNAB, na atual PNAB de 2017, admite-se a flexibilização dessa composição a partir do momento que se reconhecem outras estratégias de organização da AB. Essas podem ter outras composições e cargas horárias diferenciadas, admitindo-se, por exemplo, a contratação de profissionais com menos de 40 horas semanais, o que pode vir a prejudicar o estabelecimento do vínculo entre a população e a equipe (BRASIL, 2017). Vale ressaltar quanto a flexibilização de carga horária, que a PNAB (2011), orientada pela questão da dificuldade de atração e fixação de médicos nas equipes, autorizou a flexibilização da carga horária desse profissional, sendo mantida as 40 horas para todos os outros integrantes da EqSF. A portaria possibilitou cinco modalidades de equipe, cujos médicos poderiam ter diferentes carga horária (de 20, 30 ou 40 horas semanais). Essa decisão “abre a possibilidade de conflitos com os outros profissionais, uma vez que só se aplica à categoria médica. A integração entre os profissionais também pode

¹⁴ Portaria nº 2.436, de 21 de set. 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ficar comprometida” (RODRIGUES et al., 2013, p. 1158). Os autores também ponderam que essa flexibilização voltada somente para a categoria médica pode vir a interferir no vínculo com o usuário, com a comunidade e com a equipe, sendo este o vínculo fundamental para a qualidade da atenção na ESF.

Como apontado acima, a portaria manteve as competências dos médicos e enfermeiros, mas modificou as do ACS. Aponta-se que este deve atuar junto com o Agente de Controle de Endemias (ACE), seguindo o pressuposto que AB e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária, mais efetivas e eficazes. Entretanto, o mais grave com relação aos ACS é que a portaria aponta mudanças quanto ao quantitativo de ACS: a PNAB anterior falava em um número mínimo de quatro ACS por equipe, e na atual passou a ser exigido o mínimo de um ACS, ou até a possibilidade de equipes sem ACS, modificando-se também seu escopo de atuação, ficando essa definição inclusive, a critério de cada gestor municipal (BRASIL, 2017).

Tais modificações constituem mais uma ameaça, pois um grande diferencial dessa estratégia de AB no Brasil, conforme aponta Morosini et al. (2018, p. 23), é que: “o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS”. Essas mudanças podem trazer problemas para o desenvolvimento de uma AB robusta e abrangente, uma vez que a ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, operando como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar.

Além dessas ameaças colocadas na PNAB 2017, outras mudanças anunciadas pelo governo federal no final do ano de 2019, como a política de financiamento, podem mudar a configuração da AB, podendo vir a configurar o retorno de uma AB seletiva. A nova proposta foi aprovada no dia 31 de outubro de 2019, durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne além do MS, o CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Tendo sido publicada em novembro de 2019 (Portaria 2.979/19), começa a valer a partir de 2020. O novo financiamento busca estimular o alcance de resultados e é composto por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, ou seja, o financiamento será feito a partir do número de usuários cadastrados nas equipes de saúde, com foco nas pessoas em situação de vulnerabilidade social, pagamento baseado no alcance de indicadores e adesão a novos projetos do governo

federal (BRASIL, 2019).

Fechando essa reflexão sobre AB e a ESF no Brasil, nesse momento de fragilidade do SUS e da AB, vale lembrar, conforme apresenta Macinko e Mendonça (2018, p. 31), que: “existem evidências suficientes para concluir que a expansão da ESF teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira”. Em seu estudo foram levantadas várias evidências desse impacto, tais como melhoria de acesso e utilização dos serviços, redução de morbidade e mortalidade, expansão de acesso a tratamentos mais complexos, redução de internações desnecessárias, entre outras.

Com base nessa expansão e pensando numa forma de levantar as condições das estruturas e do processo de trabalho dessas equipes, em 2011, o MS lançou uma política de avaliação de desempenho que, diferente de iniciativas anteriores, que serão explicitadas posteriormente, ocorreu em todo o território nacional. Essa política foi denominada de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB¹⁵.

3.1.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Com essa expansão da ESF no Brasil, sentiu-se a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados com a organização e provisão dos serviços, bem como avaliar os possíveis impactos na saúde da população. Como apontado por Viacava et al. (2004), em vários países a avaliação de sistemas e serviços de saúde tem sido uma preocupação crescente. As motivações se baseiam na necessidade de mensuração da qualidade e efetividade das intervenções em saúde, mas também respondem a estratégias de racionalização de custos, diante de cenários de valores crescentes do cuidado à saúde pela produção e incorporação tecnológica, muitas vezes, desmedidas.

Segundo Rocha et al. (2011), a temática da avaliação em saúde vem sendo alvo de considerações constantes, uma vez que traz implicações em relação ao papel do Estado, como formulador e gestor de políticas públicas e como responsável pela geração de informações sólidas apropriadas à abordagem deste complexo objeto. Ao tratar da institucionalização da avaliação, em particular na AB, Felisberto (2004, p. 321) enfatiza que “a inserção da avaliação na rotina dos serviços se dá por meio da implantação de uma cultura avaliativa”. Sendo assim, com a perspectiva de tornar a avaliação um potente instrumento para a gestão do

¹⁵ Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011/MS.

SUS, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) em 2003, para que desenvolvesse, através de formulação e condução, processos avaliativos na AB. Inicialmente “essas propostas de avaliação miraram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas” (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008, p. 1728).

Em 2003, a CAA/DAB começou a institucionalização da avaliação da AB através do financiamento de pesquisas avaliativas sobre AB com os estudos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)¹⁶; a criação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)¹⁷, que era basicamente um método de auto avaliação; e o Monitoramento de Indicadores Municipais da Atenção Básica do Pacto de Indicadores (FAUSTO et al., 2013). Sem dúvida, após a criação da CAA/DAB houve vários esforços para avaliar a implantação e expansão da ESF, principalmente através da realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação, empreendidos por instituições de ensino, sendo fortemente induzidas pelo MS, ou mesmo realizadas por este órgão, por meio de financiamento e/ou apoio.

Um estudo com objetivo de mapear essas pesquisas foi realizado por Almeida e Giovanella (2008), que encontraram vários trabalhos, cuja maioria, não apresentava uma proposta de continuidade ao longo do tempo e/ou de grande abrangência nacional. Segundo as autoras, “os primeiros estudos tiveram como objetivo avaliar a implantação da ESF, ou seja, avaliar processos e/ou resultados para identificar problemas e propor seu enfrentamento na etapa de implantação da estratégia” (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008, p. 1731). Em nenhum desses estudos houve a proposta de se estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes, ou entre estados ou municípios. Também não havia a proposta de ter uma abrangência nacional, de ter regularidade na verificação e análise dos dados. Sendo assim, quando se propôs a implantação do PMAQ-AB, foi com esses objetivos: ter abrangência

¹⁶O PROESF é uma iniciativa do MS, apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), dividido em três fases, com início em setembro de 2002. Este projeto tem como objetivos: contribuir com a implantação e consolidação da ESF em municípios com população maior que 100 mil habitantes; qualificar o processo de trabalho e execução dos serviços melhorando e garantindo eficácia nas respostas para a população, em todos os municípios do país. Este projeto prevê repasse financeiro, sendo 50% financiado pelo BIRD e 50% como contrapartida do governo brasileiro (BRASIL, 2003).

¹⁷“A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) propõe como metodologia nuclear, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes“. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

nacional, criar parâmetros de comparação, e ter regularidade. Ser um processo real e monitoramento e avaliação.

O PMAQ-AB foi instituído em 2011¹⁸, ao mesmo tempo em que foi criado o incentivo financeiro, denominado o Piso de Atenção Básica Variável (PAB)¹⁹, que apresentava como componente de qualidade o PMAQ-AB (BRASIL, 2011). Esse valor seria repassado às equipes avaliadas, proporcionalmente ao desempenho obtido pela verificação.

Esse programa traz como marca e desejo a institucionalização da avaliação da AB no país, fazendo um contraponto com as iniciativas de avaliação anteriores, ao mesmo tempo em que agrega elementos dessas pesquisas. O destaque para este é seu caráter universal e contínuo. (FAUSTO et al., 2013, p. 22).

A importância de processos avaliativos sistematizados, contínuos, são estes se tornarem um instrumento essencial para a realização de aprimoramentos, uma vez que sem um procedimento avaliativo seja realizado, os serviços têm dificuldade em saber em que ponto determinado serviço de saúde apresenta fragilidades. (ROCHA ET AL, 2011, p. 217). A avaliação tem se consolidado “como uma prática de intervenção política do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais, e definiu-se também como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhes dessem sustentação e credibilidade” (CRUZ, 2015, p. 286).

Após propor mudanças nas diretrizes da PNAB 2011, o MS apresentou o PMAQ-AB como principal estratégia, para estimular mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, além de ser indutor de um processo permanente e progressivo de verificação da ampliação de acesso e qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB (BRASIL, 2011). Desse modo, o programa surge como uma política de avaliação da qualidade da AB, tanto do ponto de vista da gestão, quanto da prática das equipes de AB no país. A aposta do MS era que a proposta possibilitaria conhecer e monitorar os resultados alcançados em relação à organização dos serviços, das atividades das equipes de atenção básica e possíveis impactos produzidos na população. Segundo Pinto et al. (2014), é esperado que o Programa crie uma:

(...) cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais, para produzir mudanças nas práticas

¹⁸ O PMAQ-AB foi criado através da Portaria nº 1.654, de 19 jul. 2011.

¹⁹ A AB recebe do MS recursos financeiros divididos em duas modalidades – o PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é um valor que se mantém fixo e oscila de acordo com a população do município e o PAB variável, que varia à medida que os municípios realizam ações e políticas de saúde específicas. No caso: PAB variável do PMAQ-AB.

dos serviços, de acordo com as características esperadas para AB e as potencialidades locorregionais (PINTO et al., 2014, p. 359).

Havia um anseio por parte do MS e dos municípios de se instituir um processo de monitoramento e avaliação de abrangência nacional e que trouxesse um padrão de qualidade comparável entre as equipes, considerando as diferentes realidades e necessidades de saúde no país. Era desejo também que esse processo pudesse envolver gestores, profissionais de saúde e a população. Outro ponto é que seriam utilizados por todo o território nacional os mesmos instrumentos para a fase de coleta de dados, de forma cíclica e constante. Portanto, era uma iniciativa diferente de outras anteriores, institucionalizava o monitoramento e avaliação, tinha abrangência nacional e contava, inclusive, com a participação de instituições de ensino em uma de suas fases.

Para a construção e delineamento da política houve uma discussão e pactuação dos objetivos e desenvolvimento entre o MS e a representação dos gestores através de seus colegiados: CONASEMS e CONASS. Conforme a portaria que o criou, a operacionalização do PMAQ-AB estava prevista para acontecer em etapas e fases que se sucedem e se repetem, conformando um ciclo contínuo de avaliação da qualidade. As etapas após algumas modificações entre os ciclos foram: Adesão e Contratualização, Certificação (aqui incluída a fase de AE²⁰) e Recontratualização; além de um eixo transversal de desenvolvimento, que inclui algumas ações que deverão ser empreendidas pelos gestores e pelas equipes (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional) (BRASIL, 2011). Como a avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde deve englobar diferentes abordagens e bases teóricas, interesses e atores diversos, que podem ser complementares, ou podem refletir contrastes de recorte e formulação do objeto de estudo (VIACAVA et al. 2004), o MS definiu que para a fase da AE seriam estabelecidas parcerias com IEP. Estas teriam o papel de coordenação e execução das ações contidas nessa etapa. Essa participação, “conferiu credibilidade e legitimidade ao processo de avaliação externa, constituindo equipes de pesquisadores e supervisores compostas por profissionais qualificados, agregando valor ao processo avaliativo” (FAUSTO et al., 2013, p. 15). Giovanella et al. (2018) reconheceram que essa parceria foi um ponto forte do PMAQ-AB e contribuiu para a institucionalização da avaliação da APS.

A fase de AE consiste, em última análise, em uma pesquisa de campo, realizada através de entrevistas estruturadas, onde se verifica e registra o desenvolvimento das ações de

²⁰ Realização de um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da AB que aderiram ao Programa. Esta fase é coordenada por instituições de ensino, que se juntam aos gestores estaduais e municipais, para realizar a pesquisa de campo.

AB junto aos profissionais de saúde das EqSF, aos usuários, bem como a observação das estruturas onde são desenvolvidas as atividades dessas equipes. Para tanto foram utilizados instrumentos, compostos por seis módulos, que tinham por objetivos: a) registrar as condições de infraestrutura das UBS: Módulos I e da Saúde Bucal, Módulo V; b) avaliação do processo de trabalho das equipes através de entrevistas com profissionais: das EqSF (Módulo II), da equipe de Saúde Bucal (SB), Módulo VI e da equipe do NASF (Módulo IV); e c) entrevistas com usuários, Módulo III. Um detalhamento dos módulos encontra-se como o APÊNDICE C.

Estes módulos foram construídos coletivamente com diversas instituições de ensino e pesquisa do país, com a participação de cerca de 60 pesquisadores (a autora do estudo fez parte desse grupo), com gestores e profissionais do MS. Depois da construção dos instrumentos pelos pesquisadores e técnicos do DAB²¹, os instrumentos foram analisados e aprovados em outras áreas do MS e nos órgãos gestores.

Com as disposições gerais definidas, com os instrumentos definidos e pactuados, o DAB, através do CAA, deu início a implantação das etapas do programa. Para a fase de AE, algumas IEP foram convidadas para organizar e coordenar os trabalhos de campo, se dividindo entre as regiões e estados do Brasil. Inicialmente eram seis, ampliando-se, no 3º ciclo, para oito IEP²². Essas instituições também conformaram a Coordenação Nacional de Avaliação Externa do PMAQ-AB, instituída pelo DAB/MS para o acompanhamento da AE no Brasil. Cada uma dessas IEP foi estabelecendo parcerias com as SES e com outras IEP dos estados para a realização da pesquisa de campo. Formou-se, então, uma grande rede de instituições públicas de ensino e pesquisa e gestores estaduais, trabalhando juntas com a mesma metodologia e os mesmos instrumentos. Esta organização do trabalho também se diferenciou de outras iniciativas avaliativas anteriores.

A coleta foi realizada através de um instrumento digital, com envio via rede, tornando possível gerar dados que imediatamente alimentavam um banco de dados nacional. Esses dados geraram as informações necessárias para completar as certificações das equipes. A certificação era de responsabilidade do MS e era realizada a partir dos parâmetros definidos e pactuados entre os representantes dos entes federal, estadual e municipal, publicizadas no site do DAB/MS, através de Notas Metodológicas (BRASIL, 2013).

Com base nesses parâmetros o MS procedia a classificação de cada equipe avaliada e determinava o valor do repasse financeiro para cada município. Além da utilização pelo MS

²¹ O Departamento de Atenção Básica (DAB), a partir da reformulação da estrutura do Ministério da Saúde, ocorrida em 2019, passou a ser a Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS).

²² Participaram as seguintes IEP: Fiocruz, UFRGS, UFPI, UFBA, UFMG, UFPB, UFRN, UFPEL.

com o objetivo da certificação das equipes, esses dados, de acesso digital público, têm gerado muitas informações para produções científicas, sejam artigos, dissertações, teses e livros, bem como os gestores e profissionais das equipes passaram a contar com uma ferramenta para a gestão dos processos de trabalho.

Falando sobre importância crescente do programa, observa-se através dos dados do Portal do DAB, que no 1º Ciclo do PMAQ, realizado no período de 2011/2012, com certificação das equipes em setembro de 2012, houve a adesão e contratualização de 71,3% dos municípios, com pelo menos 50%²³ de suas equipes de atenção básica. O número de adesões foi de 17.482 equipes. O 2º Ciclo aconteceu no período de 2013/2014, teve um aumento da participação de municípios (93,6%), com as certificações publicadas em novembro de 2014. Aderiram neste Ciclo 30.522 equipes de atenção básica, significando 81,3% do total das equipes. No 3º Ciclo, ocorrido no período de 2017/2018, houve a adesão 93,9% (38.865 equipes) das equipes de atenção básica do país, sendo certificadas 37.350 equipes. Participaram desse ciclo 95,6% dos municípios. Esses percentuais de participação de municípios e EqSF, configurou uma aposta na efetividade desta política que criou, em última análise, um ciclo contínuo de ações para qualificação da AB. Parecia que a continuidade dessa política, somado ao incentivo às equipes na realização da fase de autoavaliação, seria uma aposta na possibilidade de influenciar de modo positivo a qualidade das ações.

Por último, com relação à conceituação utilizada sobre processo de avaliação, Aquino et al. (2014, p. 895) apontam que “uma organização institucional não deve prescindir da articulação entre a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa”. Na abordagem mais clássica, a avaliação corresponde a um dispositivo que permite fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre dada intervenção e pode ser compreendida como uma tecnologia ou como um processo de negociação entre atores envolvidos numa intervenção (CONTANDRIPoulos et al., 2011).

Neste sentido, pode se definir o PMAQ-AB como uma avaliação normativa, que pode, ao estabelecer a parceria com as IEP, estimular um processo de pesquisa avaliativa, pois com certeza a análise com base nos princípios essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, citados por Starfield (2002), e que compõem os instrumentos do

²³Para a adesão em 2011 (correspondendo ao período 2011-2012), por município, foi definido que o teto de Equipes de Atenção Básica (EAB) seria de 50% do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em decorrência do cronograma de evolução logística, administrativa e orçamentária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu primeiro ano de implantação. Este teto foi fixado em reunião da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) de agosto (2011). Disponível em: <http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>

PMAQ-AB, podem possibilitar “uma apreensão do funcionamento da ESF a partir da premissa de que existem funções a serem cumpridas pelas equipes com foco na melhoria de indicadores de saúde” (ROCHA et al., 2011, p. 218)

Por outro lado, Fausto et al. (2013) apontam que o

Programa se aproxima de um tipo de avaliação colaborativa e construtivista, onde partes interessadas no processo, ainda que não compartilhem das mesmas intenções e projetos, possibilitam reconhecer e incorporar à avaliação de questões e preocupações de consenso, conferindo maior pertinência tornando mais real a permeabilidade do processo frente às responsabilidades assumidas pelos atores interessados (FAUSTO et al., 2013, p. 298).

Por fim, o PMAQ, enquanto uma política de monitoramento e avaliação de cunho nacional, na medida da sucessão dos ciclos, foi mostrando sua abrangência e capilaridade nos diferentes municípios e localidades. Pela sua grandeza e capacidade de movimentar diferentes atores, criando uma grande rede de instituições e profissionais envolvidos, mesmo que apresentasse problemas tanto na condução do trabalho de campo, nas definições dos parâmetros para a certificação e mesmo nos instrumentos, sem dúvida trouxe muitos pontos de análise e reflexão sobre o processo de trabalho na ESF e na AB, relatados por diferentes autores²⁴. Ainda sobre a pertinência do PMAQ, Lima et al. (2018, p. 63) apontam que o programa é “um importante instrumento rumo à garantia da qualidade e maior resolutividade da APS, objetivo central para um sistema de saúde universal, equânime e integral”.

Porém, apesar de todo o envolvimento dos municípios e equipes, das análises geradas e recebimento dos incentivos financeiros, no final de 2019, com as mudanças anunciadas pelo novo governo federal e, principalmente, a partir da publicação da portaria que institui o novo financiamento para a AB, há a certeza da descontinuidade do PMAQ-AB.

De qualquer forma os dados gerados pelos três anos (três ciclos) de verificação das condições de estrutura e do processo de trabalho das EqSF, ofereceram um importante conjunto de informações que serviram, e servirão, para diversos estudos sobre a AB no Brasil, nos estados e nos municípios. Uma parte dessas informações, que diz respeito a processo de trabalho, inclui variáveis sobre ações de integração ensino-serviço. Sendo assim, há necessidade de discutir conceitos e algumas experiências nessa área, como base para alcançarmos o objetivo do presente trabalho.

²⁴ Um exemplo de publicação, entre várias outras, com diferentes reflexões a partir do PMAQ, pode ser citado o número especial da Revista Saúde em Debate, volume 38, em outubro de 2014, com mais de 20 artigos, de diferentes autores e instituições.

3.2 Políticas de integração ensino-serviço

A questão da formação de profissionais de saúde, tendo em vista as diretrizes colocadas pelo SUS, tem sido uma grande preocupação dos gestores e das instituições formadoras. Segundo Dias et al. (2013, p.1614): “há mais de duas décadas as questões relacionadas à formação profissional, constituem-se objeto de discussão das conferências nacionais de saúde e de recursos humanos e compõem os textos referentes à legislação do SUS”. Tanto a formação quanto o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde, de certa forma, têm sido impactados pelas mudanças e reorganização do sistema de saúde, pelas reformas das mudanças nas universidades e pelas reformas do próprio Estado. Com esse pensamento pode-se imaginar que:

(...) essas condições se traduzam concretamente, em maior ou menor grau, nas práticas cotidianas das pessoas em seus espaços de trabalho - quer sejam os ambulatorios e hospitais, as faculdades e escolas das ciências da saúde - e nas relações entre os usuários dos serviços, alunos, professores e profissionais da saúde (ALMEIDA et al., 1999, p. 139).

Essa preocupação vem se materializando em importantes iniciativas que objetivam a reorientação da formação profissional, com mudanças curriculares das profissões de saúde e programas de educação permanente, reforçando a importância da integração ensino-serviço, adequando-os à realidade social e de saúde da população brasileira. A integração ensino-serviço é considerada um fator fundamental para a qualificação da formação dos profissionais de saúde desde a criação dos cursos da saúde (KUABARA et al., 2014, p. 195). Com relação à definição de integração ensino-serviço, Albuquerque et al. (2008, p. 1) definem como:

O trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 1).

As iniciativas de mudanças nos processos de formação no campo da saúde têm procurado articular esse contexto entre as instituições formadoras e os serviços, “buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de prestação de cuidados à saúde” (ALMEIDA et al., 1999, p. 139).

No final da década de 1970 e na década de 1980, houve uma dessas iniciativas que buscou articular a universidade e o serviço, tentando conexão com a realidade. Foi o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), criado pelo MEC, que desenvolvia

projetos de formação profissional, inserindo alunos em unidade de atenção primária existentes. A adesão ao movimento IDA teve início pelas escolas médicas, através dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva para formação de estudantes em regime de internato e médicos residentes na área de Saúde Coletiva, e posteriormente acabou integrando escolas de odontologia, nutrição, enfermagem e outras (RODRIGUES, 1993). O projeto IDA trouxe ao cenário da formação em saúde reflexões importante para a consolidação de uma integração ensino-serviço. As principais contribuições do projeto diziam respeito ao trabalho docente-assistencial baseado nas necessidades de saúde, nas realidades demográficas e no perfil de determinada comunidade (OLIVEIRA, 2014, p.32.). Entretanto, apesar desses avanços, “o IDA limitou-se à assistência em saúde, com baixa participação de docentes e segmentação das ações, não resultando em significativas transformações nos currículos” (DIAS et al, 2013, p. 1615).

Tentando compreender o percurso dessas iniciativas, a partir da implantação do SUS observam-se várias experiências que faziam o esforço de pensar e por em prática a reorganização da formação na perspectiva da integração ensino-serviço. Uma das primeiras, pós-SUS, aconteceu na década de 1990, através de uma proposta de formação promovida pela Fundação Kellogg²⁵ com a criação do Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde” (UNI), que considerava a parceria entre ensino, serviços de saúde e comunidade como um “alicerce para o processo de transformação da formação e dos serviços de saúde” (KUABARA et al., 2014, p.196). Dias et al. (2014, p. 1615) acrescentam que as ações do projeto “orientavam a formação na perspectiva da multiprofissionalidade, do fortalecimento dos componentes curriculares, e da aposta no componente dos serviços (...)”. Seu grande diferencial com o que existia até então era a proposta de articular universidade, serviços locais de saúde e a comunidade.

Desde então, várias outras iniciativas foram criadas, por vezes, com a parceria entre os MS e MEC, tais como: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); o Programa PRÓ-Saúde, incluindo todos os cursos da área de saúde; e o PET-Saúde, que nas suas distintas modalidades, objetivava intervir efetivamente nos problemas prioritários de saúde, a partir do envolvimento da academia e os serviços de saúde.

Em 2001, houve a publicação das primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de formação na área da saúde. Um ponto importante dessa publicação foi

²⁵ Instituição criada em 1930, a Fundação Kellogg apoiou conjuntos integrados de projetos em áreas da América Latina onde a pobreza era mais persistente. Desde o início de sua atuação na América Latina, em 1942, a Fundação tem no desenvolvimento das profissões da saúde uma de suas prioridades programáticas.

colocar a AB como o espaço ideal para o desenvolvimento das práticas. As DCN “converteram-se em importante elemento de base legal utilizada pelo MS para desenvolver diferentes iniciativas a fim de intensificar essa aproximação, no período de 2002 a 2014”, (CARVALHO; CECIM, 2006 apud FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018, p. 293).

Logo em seguida, em 2002, foi criado o PROMED, cujo lema era: “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. Ele foi desenhado pelo MS em parceria com o ME e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Também atuaram na construção desse projeto a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida.²⁶ Seu objetivo principal era a adequação dos currículos, da produção de conhecimentos e dos programas de educação permanente das escolas médicas à realidade social e de saúde da população brasileira. O programa fomentava as escolas médicas a realizar mudanças significativas nos seus currículos, para que modificassem o ensino com base na assistência individualizada, especializada e hospitalocêntrica, para uma formação que ampliasse a visão para o todo do indivíduo, para o coletivo e para a comunidade. Conforme Pierantoni et al. (2012, p. 47): “Buscava-se um deslocamento do eixo formação, centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares, para outro em que a formação estivesse em sintonia com o SUS, e principalmente com a AB”.

Esse programa inspirou outras políticas na área, pois no seu Termo de Referência eram colocados três eixos para o desenvolvimento: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Neste sentido, a formação e o trabalho dos profissionais de saúde no Brasil têm, e devem estar, sob a influência dos princípios, das diretrizes, das mudanças e da reorganização do sistema de saúde brasileiro, principalmente no olhar ampliado de saúde e nos determinantes sociais. Portanto, ao se pensar em ações que possam integrar os aparelhos de formação em saúde e os serviços, devem se considerar ações com base em suas realidades e que liguem esses espaços para torná-los espaços de formação nos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde, preparando os profissionais para viver, refletir e qualificar se possível à realidade. A importância do PROMED foi o incentivo às escolas de medicina a incorporar mudanças pedagógicas nos seus currículos que mudassem o eixo para uma formação sintonizada com o SUS.

²⁶ Criada em 1985, é uma associação de abrangência nacional, que prima por estimular a produção de estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informação e conhecimentos técnicos e científicos, que digam respeito às atividades de promoção da educação e da saúde em todo o País, bem como de proposição de novos modelos sócios produtivos e de sistemas alternativos de produção que fortaleçam o campo da saúde, a fim de garantir e ampliar a cidadania, os direitos humanos, a democracia e outros valores universais.

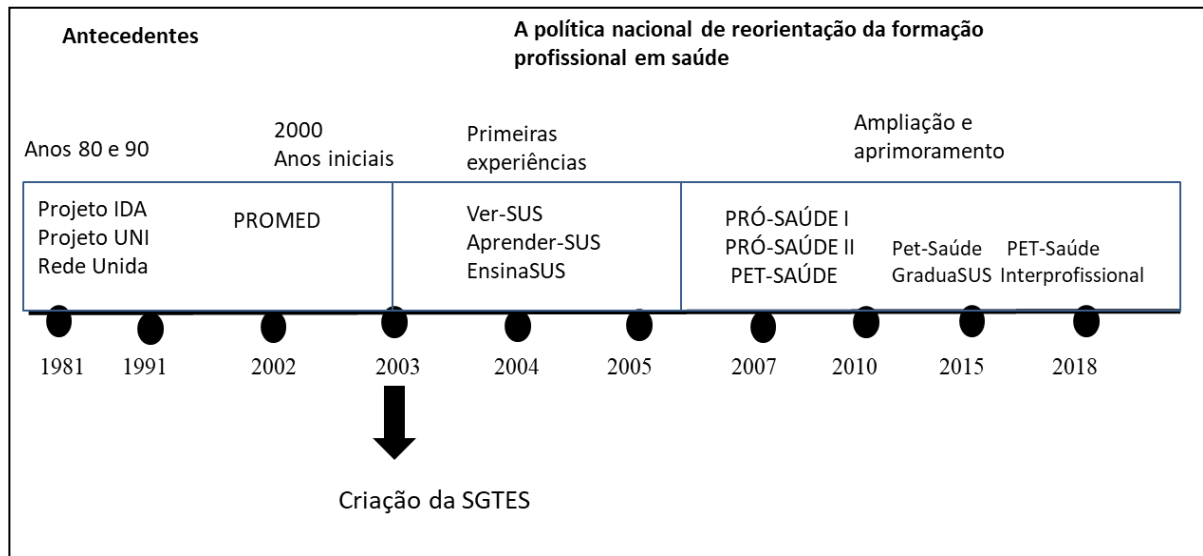
Apesar de ter havido, na época da implantação do PSF/ESF, a percepção de que essa estratégia exigiria mudanças nos processos de trabalho com as demandas de novas práticas de cuidado em saúde, considera-se que somente na década de 2000 essas iniciativas de integração ensino-serviço se tornaram políticas de gestão da educação em saúde, tomando um fôlego maior, a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (DIAS et al., 2013; GONÇALVES et al., 2019). A partir dessa criação, França e Magnano (2019) ponderam que:

(...) educação em saúde adquiriu caráter de política de Estado, o que possibilitou o estabelecimento de iniciativas relacionadas com a reorientação da formação profissional e com a educação permanente dos trabalhadores da saúde, com ênfase na integração entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e a comunidade (FRANÇA E MAGNANO, 2019, p. 4).

Sua instalação acabou resultando na aproximação estratégica entre saúde e educação, permitindo a movimentação de ideias, conhecimentos, programas e recursos financeiros. Permitiu ampliar as possibilidades de desenvolvimento de políticas de governo, bem como “estimular o diálogo entre diferentes atores de instituições parceiras e entidades representativas da gestão do SUS...” (GONÇALVES et al., 2019, p. 13). Houve um estreitamento das relações entre instituições formadoras e o sistema público de saúde.

Ocorreu então a deflagração de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde, incluindo as seguintes ações: criação dos polos de educação permanente; certificação dos hospitais de ensino; o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); o AprenderSUS, que foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa de governo) voltada para a educação universitária; o Pró-Saúde; as Residências Multiprofissionais; entre outros. Conforme citado por Cavalheiro e Guimarães (2011, p. 20), “essa política visa implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde”. Algumas dessas ações tinham como eixo estruturante “a integração entre instituições de ensino e os serviços de saúde por meio de ações que visavam à mudança das práticas de formação, atenção e construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços e seus usuários” (SENNA et al., 2016, p.72).

Figura 1 - Cronologia das principais ações de reorientação da formação em saúde para o SUS, décadas de 1980, 1990 e anos 2000



Fonte: DIAS et al (2018:1617), modificado.

Em 2003, teve início o VER-SUS, que visava à aprendizagem sobre o SUS junto aos gestores do sistema. Este projeto viabilizava que os estudantes experimentassem, na prática, o que era a organização da rede de atenção e a proteção da saúde individual e coletiva. Isso se traduzia numa vivência multiprofissional, durante quinze dias de imersão junto a uma rede de saúde municipal ou estadual. O AprenderSUS, lançado em julho de 2004, foi um marco na relação entre o MS e o ME, que representou, como parte desta política de compromissos do SUS com o ensino de graduação, mais um passo na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES). A proposta tinha como eixo o ensino-aprendizagem sobre o SUS, propondo como questão aos docentes e estudantes o aprender sobre o SUS na universidade.

Mas, sem dúvida, um dos marcos mais importantes na questão da formação na saúde e da integração ensino serviço foi à instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, política que busca articular a integração entre ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2004). A concepção desta política considera que a Educação Permanente em Saúde (EPS) possa desenvolver “(...) relações orgânicas entre ensino e as ações de serviço, e entre docência e atenção à saúde bem como as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2004, p.7). A EPS é um processo contínuo que se dá no cotidiano do trabalho, onde os profissionais de saúde refletem sobre sua realidade e, através da problematização, estabelecem ou podem

deflagrar ações (a partir de reuniões, estudos, roda de conversa, oficinas, entre outros) que os levem a enfrentar e resolver os problemas coletivamente para qualificar a intervenção necessária e para mudar a realidade.

A PNEPS teve uma condução descentralizada através de Colegiados de Gestão Regional (CGR) que tinham a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e acabou por oficializar essas comissões “como um importante espaço de articulação interinstitucional para a integração ensino-serviço” (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011, p. 20). O conceito de EPS, assumido pelo MS em 2007, se configurou como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2007).

Em 2005, o MS e o MEC consolidaram a atribuição constitucional de ordenamento da formação em saúde pelo SUS, formalizando uma ação através de Portaria Interministerial nº 2.118/2005. A portaria instituiu a cooperação técnica para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação.

Outra importante iniciativa para a qualificação de profissionais de saúde foi a criação, em 2005²⁷, de uma política de formação de pós-graduação, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Elas abrangem as profissões da área da saúde “com dedicação integral do profissional residente, o que significa uma vivência intensiva dos múltiplos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico e obviamente conduzido politicamente” (MIOTO et al., 2012, p. 189). Para que houvesse o reconhecimento e o credenciamento das residências, em 2009, foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)²⁸, que tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-las.

Nesse mesmo ano, e inspirado no PROMED, que era voltado somente à formação médica, foi lançado o PRÓ-Saúde I (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), aumentando seu escopo para outras formações: essa primeira versão do programa abarcava somente os cursos de enfermagem, odontologia, além da medicina. O que ele trouxe de avanço foi a formalização através de uma carta-compromisso das SMS, apreciado pelos colegiados dos cursos de graduação. A seleção de propostas, então, ficava a cargo da

²⁷ Lei nº 11.129 de 2005 que instituiu as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde.

²⁸ Instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 nov. 2009, sendo coordenada conjuntamente pelo MS e ME.

comissão nacional, que avaliava a sua conformidade com as DCN (BRASIL, 2005). Em 2007 foi lançado o PRÓ-Saúde II que incluiu as demais formações em saúde. Com vistas à integração ensino-serviço, o programa visava a reorientação da formação profissional em uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na AB, mediante transformações na prestação de serviços²⁹.

Duas outras iniciativas, baseadas nas tecnologias da informação, criadas com o propósito de disseminar em larga escala a informação e a formação com objetivos a integração ensino-serviço foram: 1) a instituição do Programa Nacional de Telessaúde³⁰, cuja proposta, para viabilizar a integração ensino-serviço, é sua realização através de ferramentas de tecnologia de informação, estruturado para funcionar em rede com a participação de universidades e de serviços de saúde; e 2) a instituição da UNASUS³¹, que através de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, se destina “a atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS” (CELIDÔNIO et al. 2012, p. 8).

Em 2008, surge o PET-Saúde, novamente com a parceria do MS e ME e com foco na qualificação de estudantes de graduação por meio de estágios e vivências na iniciação ao trabalho. Segundo a portaria que o instituiu tem por principal objetivo induzir mudanças no processo de formação de profissionais de saúde, em alinhamento às necessidades do SUS (BRASIL, 2008). Esta política já passou por algumas versões e, atualmente, está vigorando o eixo da interprofissionalidade, ainda como foco na AB.

Concluindo essa análise sobre os processos de integração ensino-serviço ocorridos após a implantação do SUS (APÊNDICE D), podemos dizer que o aprendizado a partir dessas experiências, vividas e outras, ainda presentes, no cotidiano dos serviços e universidades, responde positivamente ao desafio de formar profissionais com reflexão, na e da realidade dos serviços. Possibilita também a qualificação dos profissionais do serviço a partir dessa aproximação com as instituições formadoras, alinhados às diretrizes do SUS e às necessidades reais de saúde da população. Essa aproximação e formalização da aproximação das instituições formadoras aos serviços foram reiteradas na nova PNAB 2017, que textualmente propõe uma estratégia para o fortalecimento do processo de integração ensino-serviço e comunidade, que se daria por meio de:

²⁹ Portaria Interministerial nº 3019, de 26 de novembro de 2007 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde.

³⁰ Portaria nº 35/2007.

³¹ Instituído pelo Decreto nº 7.385, de 8 dez. 2010 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10, de 11 jul. 2013.

Celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço- comunidade (BRASIL, 2017, p. 75).

Todos esses esforços e iniciativas avançaram bastante em seus objetivos, porém se depararam com muitos conflitos decorrentes de problemas e dificuldades no encontro desses dois mundos: academia e serviço. Muitas vezes as relações não são intensas, os docentes vão aos serviços com seus alunos e não interagem com os profissionais e, por vezes, os profissionais, por diversos problemas, também não conseguem interagir com alunos e docentes. Alguns estudos feitos nos últimos anos têm demonstrado essas dificuldades que, por vezes, estão relacionadas às mudanças políticas, econômicas e sociais, que vão desde o subfinanciamento desses dois mundos, até mudanças de perfil demográfico e epidemiológico da população. Conforme destaca Albuquerque et al (2008, p. 358) “por vezes há um distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham um do outro não encontram locais adequados de expressão”. Até mesmo o espaço da reunião de equipe, prevista na ESF, como uma ferramenta que deveria possibilitar um encontro, parece ter se tornado um espaço meramente burocrático.

Entre outras questões, é necessário um investimento na sensibilização dos diferentes atores inseridos nos cenários da prática, onde acontece a integração entre os dois mundos. As IES devem ter a preocupação na identificação das necessidades dos serviços e cenários de prática para estabelecer quais as contribuições possíveis. Devem se pactuar todo o processo, desde horários, espaços, tecnologias, até as práticas educacionais. O grande desafio seria uma contrapartida concreta, com uma intensa participação dos profissionais na formação e os docentes no serviço.

Não há dúvida que para se construir o modelo de saúde com qualidade e dentro de todas as diretrizes do SUS, faz-se necessário continuar se investindo na formação dos profissionais. Albuquerque et al (2008, p. 362) ainda acrescenta: “não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço. Muito pelo contrário, é necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”.

3.2.1 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

O PET-Saúde, instituído no âmbito do MEC e MS em 2008, tem seu foco principal na qualificação de estudantes de graduação e pós-graduação, tutores e docentes, na rede de serviços, apostando-se que essa vivência resulte em profissionais melhor formados para contribuir com a melhoria da qualidade das ações no serviço do SUS. Seu fio condutor é a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho. Este programa é considerado, ainda hoje, segundo França et al. (2018, p. 288), “uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional”.

O PET-Saúde se destina a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, e tem se destacado nesse movimento de transformação dos processos de ensino-aprendizagem, através da promoção de vivências, estágios, iniciação ao trabalho, programas de aperfeiçoamento e especialização. Esta aproximação com a realidade dos serviços e dos profissionais que nele atuam promove um olhar diferenciado. Acredita-se que esta aprendizagem contribui em transformar o estudante em sujeito político e responsável por suas ações individuais e coletivas no trabalho em equipe, conhecendo e buscando atender as diretrizes do SUS e as necessidades da população. Nesse sentido, Freire (2004, apud FONSECA; JUNQUEIRA, 2014, p. 37) apontou que “a interação dos alunos com a realidade do trabalho, da qual eles serão atores importantes no futuro, denota uma rica fonte de produção de conhecimentos e de pesquisa, com potencial de auxiliar na formação de profissionais críticos e reflexivos”.

A proposta do PET-Saúde, segundo a portaria que o criou, é: “favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica” (BRASIL, 2008). O programa foi regulamentado em 2008 e, posteriormente, em 2010 (BRASIL, 2010a).

No seu escopo reúne estudantes de diferentes formações e de diversos períodos, além de professores e profissionais dos serviços de variadas formações. Nesse sentido todos aprendem e interagem, contribuindo, em última análise, com a melhoria da qualidade do cuidado às pessoas, famílias e comunidades, além de valorizar o trabalho em equipe multiprofissional. Considera-se o programa como uma potente ferramenta para sensibilizar as instituições de ensino e os serviços de saúde, contendo na sua essência a integração ensino e serviço. Sem dúvida trata-se de uma política pública desafiadora por fomentar essa integração. Um ponto importante da iniciativa e que se diferencia de outras experiências é que

esses estudantes permanecem longos períodos nas unidades de saúde, possibilitando também a criação e fortalecimento de vínculos.

Na sua primeira versão, em 2008, foi criado como uma ação intersetorial direcionada não só para a formação de profissionais da saúde, como também para o fortalecimento da AB, redirecionando as práticas dos profissionais da ESF, denominado PET-Saúde da Família. Os objetivos deste programa, apontados na portaria, são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos objetivos do PET-Saúde, 2008

I	Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
II	Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
III	Desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
IV	Contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
V	Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
VI	Sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
VII	Induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e,
VIII	Fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.

Fonte: Portaria Interministerial N°1802 MS e ME, (BRASIL2008).

Posteriormente, em 2010³², o MS lançou um edital integrando o PET-Saúde a outro programa que o antecedeu: o PRÓ-Saúde. Nesse edital, o MS passou a incentivar a apresentação de propostas que contemplassem também as políticas e prioridades do MS na AB, sinalizando o início de um terceiro momento de sua institucionalização. A ideia era de que os editais fossem temáticos e lançados conforme as necessidades e especificidades de ações das secretarias e/ou órgãos do MS.

Um fator que incentivou a junção dos diferentes atores, fomentando a participação do serviço e do ensino, foi que para aderir ao programa era preciso elaborar um projeto de inserção e de desenvolvimento do programa, assinado em conjunto pelo gestor municipal e pela instituição de ensino. Com isso, existe a corresponsabilidade dos atores, inclusive pela definição dos perfis dos profissionais a serem selecionados para o acompanhamento dos

³² Portaria interministerial n° 421, de 3 mar. 2010 – institui o PET-Saúde (BRASIL, 2010a).

estudantes. As instituições de ensino selecionam os estudantes e os tutores acadêmicos e as secretarias de saúde selecionam os preceptores (BRASIL, 2008).

Na implementação da política, um dos grandes destaques tem sido a capacidade de mobilizar os diferentes atores nos diferentes níveis de gestão do SUS. Pode-se dizer que o marco legal indica maior valorização dessas instâncias decisórias, pois as propostas são assinadas pelas instituições de ensino e pelo gestor municipal, sendo apreciadas nas CIES³³ e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Ele foi incorporando novas diretrizes e ajustes nos instrumentos que resultou em uma maior articulação com o MS; valorizou os profissionais dos serviços de saúde e os alunos de graduação; e inseriu-se efetivamente nas CIES dos Conselhos Gestores Regionais (CGR) (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; DIAS et al, 2013).

A abrangência do PET-Saúde vem aumentando nesses anos e uma comparação feita por Dias (2013) apontou que, em 2010, por exemplo, foram contemplados 181 projetos, 144 IES, envolvendo 164 secretarias de saúde e um total de 18.399 profissionais (entre tutores, preceptores e estudantes). Em publicação recente, França et al. (2018, p. 290) mostram dados referente a abrangência do programa que “entre 2008 e 2015, em que foram disponibilizados oito editais, o PET-Saúde já desenvolveu quase mil projetos em todas as regiões do Brasil, com diferentes temas e cenários”.

O programa prevê a formação de grupos de aprendizagem tutorial, que tem como objetivo ser um instrumento para potencializar o desenvolvimento do campo de práticas. Fazem parte deles: tutores acadêmicos (docentes), preceptores (profissionais de saúde do serviço) e estudantes de graduação em saúde. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês.

Em 2015, tiveram mais 105 projetos, mas já relacionados à outra iniciativa do PET-Saúde, que foi o GraduaSUS, lançado naquele ano. O edital se pautou na proposta de mudança curricular alinhada às DCN dos cursos de graduação na área da saúde e na qualificação dos processos de integração ensino-serviço, articuladas entre o SUS e as instituições de ensino. Tinha o foco nos currículos de graduação dos cursos da saúde, bem

³³ As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, cujas competências foram publicadas na Portaria nº 1.996, de 20 ago. 2007.

como na qualificação dos processos de integração e a formação de preceptores e docentes (BRASIL, 2015b).

Os editais inicialmente contemplaram as áreas de Vigilância em Saúde e de Saúde Mental e, posteriormente, as Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis). De 2009 até 2014 foram apoiados diversos projetos com essas temáticas. Sendo assim, essa edição foi configurada no sentido de aproximar o PET-Saúde com as demais políticas nacionais de educação na saúde em vigência e de superar os desafios constatados em edições anteriores (MAGNAGO et al., 2019).

A principal inovação que essa edição trouxe foi uma maior aproximação das IES com os serviços, principalmente na construção e desenvolvimento do projeto, pois os profissionais do serviço foram alçados como protagonistas dessas etapas, que nas edições anteriores ficavam mais sob a responsabilidade das IES. Isso foi evidenciado por Magnago et al (2019) na análise de um estudo por elas realizado sobre o PET-Saúde.

O PET-Saúde, na sua atual edição, apresenta como foco a educação interprofissional, abordagem que traz uma estratégia desafiadora e inovadora para a transformação dos sistemas educacionais. O edital saiu em 2018 e tem por objetivo principal:

Promover mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, alinhadas às DCN, com fundamento para a mudança lógica da produção do cuidado, proporcionando qualificação dos processos de integração ensino, serviço e comunidade, de modo a suscitar as práticas colaborativas em saúde (BRASIL, 2018a).

A implantação do PET-Saúde, segundo Almeida et al. (2019, p. 101), tem possibilitado vislumbrar “a construção de estratégias de educação permanente no processo contínuo de trabalho, que pode ser favorecido por meio de parcerias locais, como por exemplo, os NASF, a fim de fortalecer e favorecer a operacionalização das mudanças”. Tem também estimulado mudanças tanto na forma de ensinar quanto na forma de aprender, resultando em profissionais capazes de enfrentar a realidade que se apresenta.

A magnitude e as possibilidades de melhoria da qualidade dos serviços com o encontro entre docentes/estudantes/profissionais de saúde/gestores são grandes e, por fim, como afirmam Almeida et al. (2019, p. 102), “visa reafirmar os pactos de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular garantidos pelo SUS”. Sobre a importância crescente do PET-Saúde, na perspectiva da efetivação da integração ensino-serviço e da continuidade das mudanças na formação em saúde, Magnano et al (2019, p. 290)

completam que “desde que foi criado, passou por uma incorporação sucessiva de diretrizes, cenários de práticas e instrumentos de implementação para o desenvolvimento de projetos”.

Em nossa revisão bibliográfica sobre a produção de estudos acerca do PET-Saúde (2008 a 2018), verificou-se uma predominância de relatos de experiência, o que sem dúvida contribui para repensar as práticas atuais na relação da academia com o serviço. Kuabara et al, (2014) realizaram uma revisão integrativa desse tema, cujo resultado corroborou com nossa revisão. Segundo as autoras “houve uma predominância de reflexões teóricas e relato de experiência” (KUABARA et al, 2014, p. 97). É preciso então considerar a existência de uma lacuna no que se refere a estudos avaliativos a partir do olhar do serviço, quanto ao desenvolvimento e possíveis consequências da prática que os alunos em formação desenvolvem nos serviços. Ou seja, se esse encontro contribui para alguma modificação na qualidade do cotidiano das EqSF e das UBS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PMAQ-AB no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro (ERJ)

O PMAQ-AB foi um programa do MS instituído em 2011, que tinha como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território (BRASIL, 2011). Para isso, propunha um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Os municípios e as EqSF faziam a adesão voluntariamente e cada equipe indicava um profissional para responder a pesquisa de campo, que era uma das fases do programa. O programa tem ainda como pressuposto o desenvolvimento dos trabalhadores, procurando, oferecer algumas estratégias de educação permanente, bem como “mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho” (BRASIL, 2015a, p.15).

O Programa completou três ciclos, que ocorreram nos anos de 2011, 2013 e 2017, e foi organizado para acontecer em três etapas: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização, apresentando também um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. Essas etapas compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento consiste em um conjunto de ações que devem ser empreendidas pelas equipes, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS com o intuito de promover movimento de mudanças na gestão e no cuidado prestado aos usuários do SUS.

No ano de 2017, ocorreu a AE do 3º ciclo do PMAQ, que compõe a primeira fase da etapa de Certificação do programa, e foi realizada em parceria com as IEP de todo o País, que selecionaram, treinaram e coordenaram o trabalho de centenas de entrevistadores que foram a campo realizar a coleta de dados.

Reconhecendo o potencial de análise do campo da educação na saúde e do processo de trabalho das EqSF, nessa etapa do trabalho levantamos algumas informações sobre as EqSF do Brasil e do ERJ que participaram dos dois últimos ciclos do PMAQ-AB. A proposta de analisar e apresentar também as informações do ERJ está relacionada ao fato desse estado ter sido escolhido para desenvolvermos o Estudo de Caso. O levantamento de informações foi realizado através dos dados das variáveis escolhidas para o estudo (ANEXO A), que tinham algum potencial de atender ao objetivo geral de “analisar as ações de integração ensino-

serviço, no âmbito do PET-Saúde desenvolvidas pelas EqSF (...) e correlacionar com o PMAQ-AB”.

Apesar do objetivo do PMAQ-AB não estar ligado diretamente a questão da existência de ações de integração ensino-serviço, existiam algumas variáveis que favoreceram a construção do presente estudo. Corrobora com isso o que consta no Manual Instrutivo³⁴ do MS para o 3º ciclo, quando aponta que dentre os desafios que o PMAQ pretendia enfrentar para a qualificação da AB estava a “necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB”.

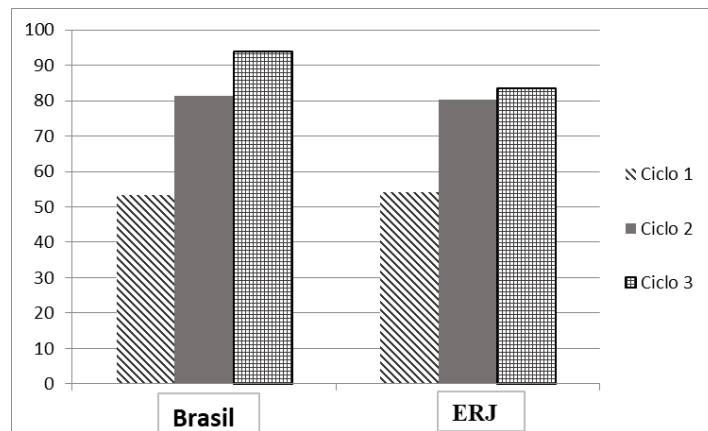
A cada ciclo verificou-se um aumento da adesões dos municípios e equipes: conforme publicado na página eletrônica do MS³⁵, no primeiro ciclo do PMAQ-AB, ocorrido em 2011, aderiram 17.482 equipes de AB, significando uma adesão de 53,2% das equipes existentes no Brasil, no referido ano. No 2º ciclo (2013) a adesão foi de 30.523, significando que, 81,3% das equipes existentes aderiram ao programa e no 3º ciclo (que teve seu término em dezembro de 2018) aderiram 38.865 equipes, significando um total de 93,9% de adesão. O ERJ também apresentou uma adesão de equipes crescente, ele vem participando dos ciclos com a maioria de suas equipes: no ciclo 1 a adesão foi de 41,3%, do total de equipes existentes no ERJ, (pelo limite dado pelo MS do teto de 50% de adesões), no ciclo 2 foi 80,4% e no ciclo 3 teve o percentual de 83,5%.

Essa adesão crescente foi importante principalmente, pelo entendimento dos gestores e profissionais da equipe de que o processo qualifica, ou pelo menos lhes dá base para melhorar a organização de seu processo de trabalho. Havia uma pergunta no questionário dos gestores e profissionais de saúde (APÊNDICE A) quanto à importância do PMAQ-AB para seu município e/ou equipe e, a maioria das respostas foi positiva, principalmente quanto à melhoria da organização do trabalho. Esses resultados serão demonstrados na apresentação do estudo de caso. No Gráfico 1 podemos visualizar essa distribuição do percentual de adesões.

³⁴ http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

³⁵ <http://saps.gov.br>

Gráfico 1 - Distribuição do percentual de adesão de EqSF por Ciclo do PMAQ-AB, no Brasil e no ERJ, 2011 a 2017

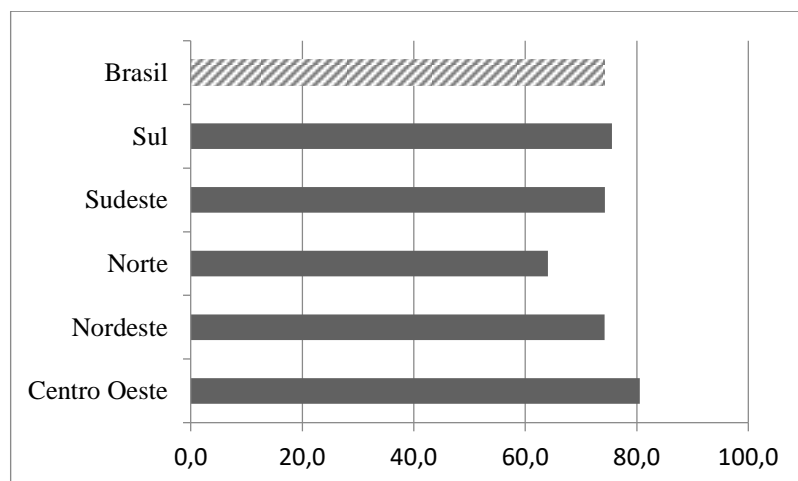


Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Equipe de Saúde da Família (EqSF).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

No 3º Ciclo do PMAQ-AB foram certificadas 37.350 EqSF³⁶ e dessas equipes 74,3%, também participaram do 2º ciclo. Comparando-se essa variável por região, observa-se que a região Centro Oeste foi a que apresentou o maior percentual de equipes que participaram dos dois ciclos (80,6%), seguida pelas regiões Sul (75,6%), Sudeste (74,3%) e Nordeste (74,2%). A região que apresentou o menor percentual de participação nos dois ciclos foi a Norte (64,1%). Estes dados estão apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Percentual de EqSF certificadas que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB, por região – Brasil



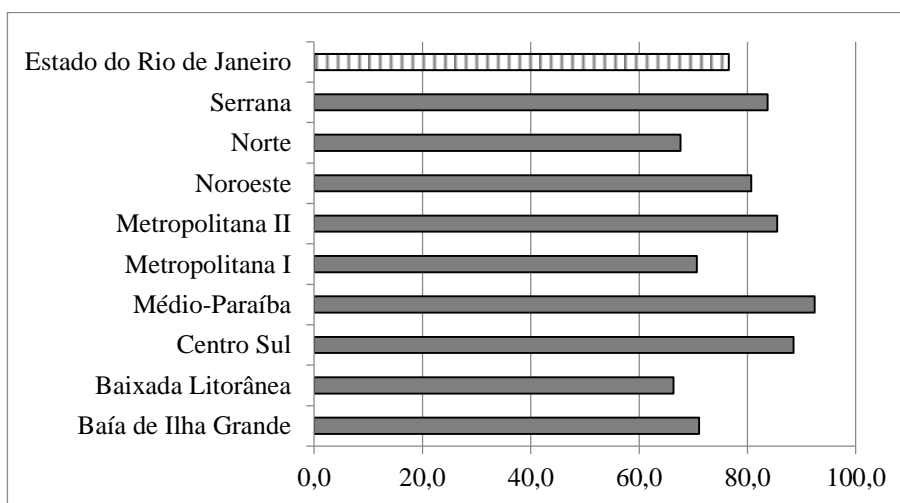
Legenda: Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

³⁶ O total de adesão de equipes ao 3º ciclo foi de 38.865, porém foram certificadas 37.350 EqSF.

No Estado do Rio de Janeiro, 76,8% das equipes certificadas no 3º Ciclo do PMAQ-também participaram do 2º ciclo. Das nove regiões do ERJ, o maior percentual de equipes certificadas que participaram dos dois ciclos foi a Médio Paraíba (92,4%), seguida da região Centro Sul (88,5%) e Metropolitana II (85,5%). A que teve o menor percentual foi a região de Baía de Ilha Grande (66,3%).

Gráfico 3 – Percentual de EqSF certificadas que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB, por região –Estado do Rio de Janeiro (ERJ)



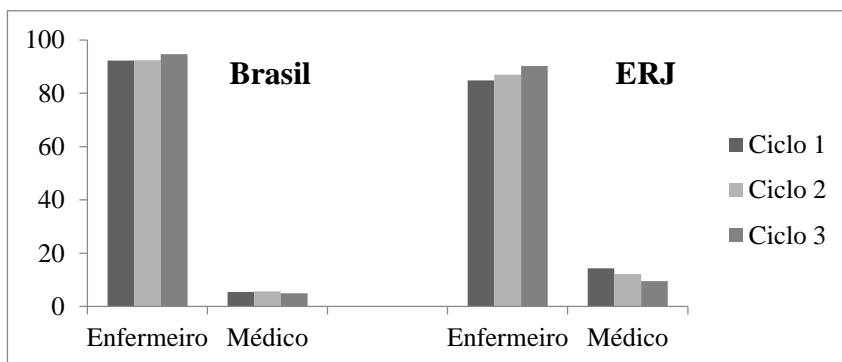
Legenda: Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Como citado anteriormente, o PMAQ-AB tinha uma fase de pesquisa de campo, denominada Avaliação Externa (AE), onde entrevistadores treinados, ligados às diversas IEP, aplicavam os questionários (módulos) em profissionais das EqSF que aderiram voluntariamente ao programa. Eles também faziam a observação e verificação da infraestrutura das UBS, onde estavam essas equipes. Para responder ao instrumento do Módulo II (levantamento sobre o processo de trabalho das equipes), as EqSF participantes escolhiam um dos profissionais que pudesse ser o respondente representando a equipe.

Com relação à profissão desses respondentes, nos três ciclos, constatou-se que, majoritariamente, foram os enfermeiros, considerados como informante-chave. Essa participação dos enfermeiros como respondentes no Brasil foi: 1º ciclo - 92,3%, 2º ciclo - 93,4% e no 3º ciclo - 94,7%. A participação de médicos foi de apenas 5,4% no 1º ciclo, 5,7% no 2º ciclo e 5,0% no 3º ciclo. A quantidade reduzida de médicos respondentes pode estar revelando certo distanciamento, principalmente da organização dos serviços ou uma necessária concentração no atendimento da demanda de assistência dos usuários. Esse

resultado foi semelhante no ERJ: enfermeiros como respondente, no 1º ciclo foram de 84,8%, no 2º de 87,0% e no 3º de 90,2%. Também quanto a médicos, a participação foi menor: 1º ciclo (14,3%), 2º ciclo (12,2%) e 3º ciclo (9,6%). Como podemos acompanhar no Gráfico 4, a seguir:

Gráfico 4 – Percentual por ciclo das formações dos respondentes ao PMAQ-AB no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro (ERJ)



Legenda: Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Com relação à participação majoritária de enfermeiros nos três ciclos, tanto no Brasil quanto no ERJ, observou-se que os dados do PMAQ-AB apontavam que “os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho” (GAVALOTE et al. 2016, p. 92). Os autores justificam essa participação pela interpretação dada à dimensão gerencial do seu processo de trabalho, que expressa aspectos formativos, normativos e simbólicos presentes no cotidiano das equipes, que poderiam justificar que esses profissionais fossem indicados como informantes-chaves (DAVID et al, 2018, p. 354). A participação dos médicos foi bem menor, pois, conforme verificado em alguns estudos sobre o PMAQ-AB, o enfermeiro, na maior parte das equipes assume uma posição de coordenação, estando o médico mais focado no atendimento direto à população (SEIDL et al, 2014; GAVALOTE et al, 2016).

4.1.1 Integração Ensino-serviço e as Equipes de Saúde da Família (EqSF)

Com as informações geradas no banco, tendo em vista as variáveis escolhidas (ANEXO A), iremos apresentar alguns dados que nos forneceram indícios da existência de ações de integração ensino-serviço. As variáveis dizem respeito a um levantamento sobre dois aspectos: condições da infraestrutura das UBS e desenvolvimento do trabalho, incluídos os processos de formação e qualificação. Todos esses pontos são fundamentais para oferecer aos estudantes espaços potentes para o desenvolvimento de sua prática. Uma boa infraestrutura e um processo de trabalho bem planejado e organizado são fatores fundamentais para esse desenvolvimento.

Como uma primeira aproximação, realizamos o levantamento sobre a existência de gerentes na UBS e de que forma ocorria sua dedicação ao cargo. Apesar de não haver, até a publicação da PNAB 2017³⁷, uma determinação do MS para a implantação de gerentes nas UBS, muitos estados e municípios começaram um movimento nesse sentido. No ERJ, um exemplo foi o município do Rio de Janeiro que, em 2010, criou o cargo de Gerente de UBS. Isso refletiu nos resultados encontrados, pois a Região Metropolitana I, onde o município do Rio faz parte, foi à região onde foi constatado o maior percentual de gerentes nas UBS e com dedicação exclusiva. Também é nesse município que encontramos estruturas de UBS mais complexas, que possuem um número grande de EqSF, convivendo na mesma estrutura. Desde a implantação dessas estruturas foi recomendada a presença de um gerente exclusivo (HARZHEIM et al, 2013). Em municípios menores, em que as UBS têm apenas uma ou no máximo duas EqSF, os gestores optaram por ter um profissional como gerente, mas que realiza também funções na assistência da unidade.

A necessidade de se estabelecer entre os profissionais da equipe da ESF alguém que concentrasse a função de gerenciar a UBS, sempre foi sentida e, segundo alguns estudos, tem sido o enfermeiro o profissional que mais tem exercido essa função. (SEIDL et al, 2014; XIMENES;SAMPAIO, 2008; DAVID et al, 2018).

Com a complexidade dada pela ESF, entende-se que a presença de gerentes pode levar as equipes a uma melhor organização e, nos casos de dedicação exclusiva a esta função, podem potencializar e qualificar as ações desenvolvidas pelas EqSF, bem como uma melhor organização dos espaços das UBS. Essa melhor organização pode resultar em espaços ideais

³⁷ PNAB 2017 – “4.2.5 - Gerente de Atenção Básica - Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial”.

para o desenvolvimento de ações de formação de profissionais de saúde. Segundo a PNAB, o papel desse gerente seria: “garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços” (BRASIL, 2017, p.35).

Observa-se que 96,4% das UBS estudadas no Brasil possuem um profissional responsável pela gerência, sendo que somente 17,4% ficam exclusivos nessa função. No ERJ o perfil é semelhante, onde 98,7% das UBS têm gerentes. Quando comparamos as UBS que possuem gerentes com as UBS que tinham gerentes e recebiam “estudantes e/ou outros”, esse percentual alto é mantido bem como se nota uma maior concentração desse profissional nas regiões de maior concentração populacional do ERJ (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 - Comparação das UBS que possuem gerentes, com as UBS que receberam “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.

Regiões	UBS com gerente		UBS com gerente e que recebem "estudantes e/ou" e tem gerente		Total de UBS que recebem estudantes
	N	%	N	%	N
Brasil	21.746	96,5	11.685	96,7	12.078
ERJ	1.057	98,7	512	98,8	518
Baía de Ilha Grande	49	96,1	11	100	11
Baixada Litorânea	68	100	25	100	25
Centro Sul	98	100	44	100	44
Médio-Paraíba	138	99,3	83	100	83
Metropolitana I	295	99,3	162	99,4	163
Metropolitana II	196	97	81	96,4	84
Noroeste	63	100	27	100	27
Norte	48	100	24	100	24
Serrana	102	97,1	55	96,5	57

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Unidade Básica de Saúde (UBS).

Obs: Total de UBS Brasil **n=22.555**

Total de UBS ERJ n=1.071

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Tabela 5 - Comparação das UBS que têm gerentes com dedicação exclusiva, com as UBS que receberam “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões.

Regiões do Brasil	UBS com gerentes em dedicação exclusiva		Total de UBS com gerente	UBS que recebem estudantes com gerentes de dedicação exclusiva		Total de UBS com gerente e recebem estudantes
	N	%	N	N	%	N
Brasil	3.793	17,4	21.746	2.468	20,4	12.078
ERJ	316	30,0	1.057	172	33,6	512
Baía de Ilha Grande	1	2,0	49	1	9,1	11
Baixada Litorânea	5	7,4	68	2	8,0	25
Centro Sul	9	9,2	98	6	13,6	44
Médio-Paraíba	2	1,4	138	1	1,2	83
Metropolitana I	230	78,0	295	143	88,3	162
Metropolitana II	58	29,6	196	15	18,5	81
Noroeste	5	7,9	63	2	7,4	27
Norte	4	8,3	48	0	0,0	24
Serrana	2	2,0	102	2	3,6	55

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Unidade Básica de Saúde (UBS).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Continuando nosso levantamento, estudamos os dados de uma das variáveis mais sensíveis para nosso estudo: quando se questionava haver a presença de estudantes nas equipes. Esta questão estava presente no Módulo II do PMAQ-AB e tinha o seguinte enunciado: “Sobre a integração ensino serviço: a sua equipe conta com a participação de: estudantes de graduação, estudantes de nível médio, residentes de medicina, residentes multiprofissionais e/ou pesquisadores?”

Dessa forma, tivemos um primeiro indício, sendo possível levantar no Brasil, no ERJ e em suas regiões, quais equipes recebiam esses profissionais em formação ou em pós-graduação. A presença de “estudantes e/ou outros” nas EqSF é um importante indício de que o serviço pode estar contribuindo para a formação de profissionais para atuar no SUS e na ESF a partir da vivência e da reflexão junto ao campo da prática.

No Brasil, a média de equipes que receberam “estudantes e/ou outros” foi de 56,2%, e no ERJ foi de 49,0%. Das EqSF do ERJ, a região do Médio-Paraíba foi a que mais declarou ter recebido “estudantes e/ou outros” onde, do total de equipes, 62,9% apontaram ter essa prática (Tabela 6). Esse dado corroborou com a escolha dessa região para o desenvolvimento do Estudo de Caso, do presente estudo, uma vez que a partir desse dado poderíamos buscar as informações e relatos de experiência quanto a ações de integração ensino-serviço desenvolvidas. A presença de estudantes junto aos serviços de saúde pode ser uma “trajetória estimulante, de troca de saberes, que possibilite a construção de significados, do

desenvolvimento de capacidade para o trabalho em equipe com o reconhecimento das próprias dificuldades e da elaboração de propostas para sua superação” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886).

Sendo assim, apresentamos na Tabela 6 as respostas sobre a presença de “estudantes, e/ou outros”³⁸ nas EqSF distribuídas no Brasil, no ERJ e em suas regiões:

Tabela 6 - Distribuição das EqSF que participaram do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB e declararam receber, “estudantes, e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	EqSF que recebem estudantes e/ou outros (*)		Total
	N	%	
Brasil	15.597	56,2	27.740
ERJ	854	49,0	1.743
Baia de Ilha Grande	12	22,2	34
Baixada Litorânea	26	37,7	69
Centro Sul	44	44,0	100
Médio-Paraíba	107	62,9	170
Metropolitana I	438	53,9	812
Metropolitana II	114	36,5	312
Noroeste	30	44,8	67
Norte	22	47,8	46
Serrana	61	54,0	113

(*) A variável completa presente no questionário era: “Sobre a integração ensino serviço, a sua equipe conta com a participação de: estudantes de graduação, estudantes de nível médio, residentes de medicina, residentes multiprofissionais e/ou pesquisadores”.

Legenda: Equipe Saúde da Família (EqSF); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Considerando as EqSF do Brasil, do ERJ e suas regiões que declararam receber “estudantes e/ou outros”, foi selecionada outra variável que apontava qual o perfil de formação: “se eram estudantes de graduação, de nível médio, residentes médicos e/ou das residências multiprofissionais e/ou pesquisador”. Essa variável foi importante para o estudo, pois o levantamento dos municípios que recebiam alunos de graduação pode indicar a presença de alunos do PET-Saúde e/ou de outras modalidades, como estágios curriculares, extracurriculares, internatos. Portanto, esse levantamento também nos orientou para o desenvolvimento do Estudo de Caso.

Percebe-se que, em geral, as EqSF que declararam receber “estudantes e/ou outros” no Brasil, apontaram os estudantes de graduação (39%) e estudantes de nível médio (27,5%) os perfis que foram recebidos em maior número. O ERJ apresentou percentuais semelhantes ao

³⁸ Para o estudo, a variável: “Sobre a integração ensino serviço, a sua equipe conta com a participação de: estudantes de graduação, estudantes de nível médio, residentes de medicina, residentes multiprofissionais e/ou pesquisadores?”, será apresentada como “estudantes e/ou outros”.

Brasil e suas regiões seguiram a tendência de receber estudantes de graduação numa maior proporção do que os outros tipos. A única exceção foi na região de Baía de Ilha Grande, onde as equipes apontaram receber mais pesquisadores do que alunos de graduação ou outro tipo. A presença maior de residentes médicos está nas EqSF do Médio Paraíba, Metropolitana I e Metropolitana II, e a de residentes de residências multiprofissional está concentrada nas regiões do ERJ, onde estão os grandes centros populacionais: Metropolitana I e Metropolitana II.

Quanto ao perfil dos residentes médicos há uma interrogação de quais especialidades estão presentes nas EqSF, pois apesar de estar previsto na PNAB (2017) que as EqSF devem ser compostas por um médico, preferencialmente da especialidade de Medicina de Família e Comunidade, segundo um levantamento realizado em 2018³⁹, apenas 4,4% das vagas ocupadas do país são desta especialidade, apesar do aumento da oferta dessas vagas, de 2014 a 2018 (2014 eram 1.289 e 2018, 3.587⁴⁰). No ERJ também houve aumento semelhante de vagas (2014, eram 182 e em 2018, 391).

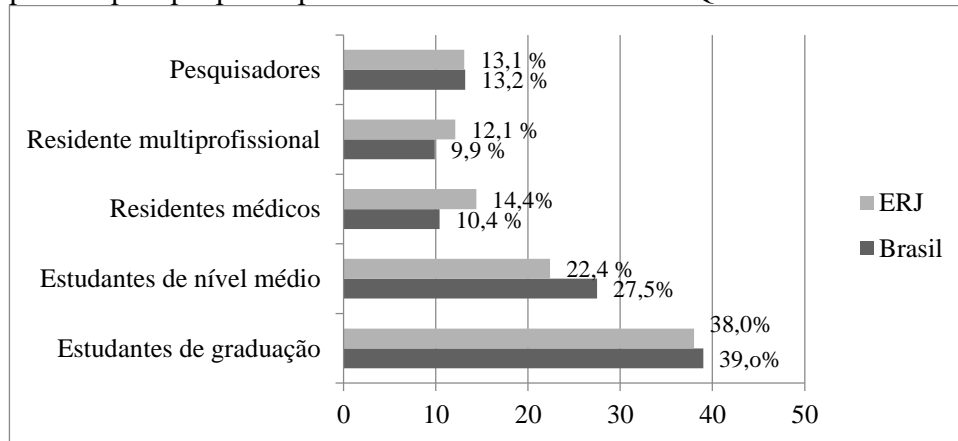
Para além dessas variáveis quanto ao perfil dos estudantes, nosso estudo necessitava levantar o tipo de relação que esses alunos tinham com as equipes e qual o papel das instituições de ensino. Como no banco de dados não havia essa possibilidade, esse questionamento fez parte do roteiro de entrevistas do estudo (APÊNDICE A), que será apresentado posteriormente.

Nos gráficos 5 e 6 pode-se observar a distribuição dos diversos tipos de “estudantes e/ou outros”, nas EqSF que participaram dos dois ciclos, no Brasil, no ERJ e em suas regiões.

³⁹ <http://ciperj.org/novo/2018/05/21/demografia-medica-2018>. Acesso em: 21 jan. 2020.

⁴⁰ http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 21 jan. 2020.

Gráfico 5 - Distribuição dos perfis de “estudantes e/ou outros”, recebidos pelas EqSF que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB– Brasil e ERJ

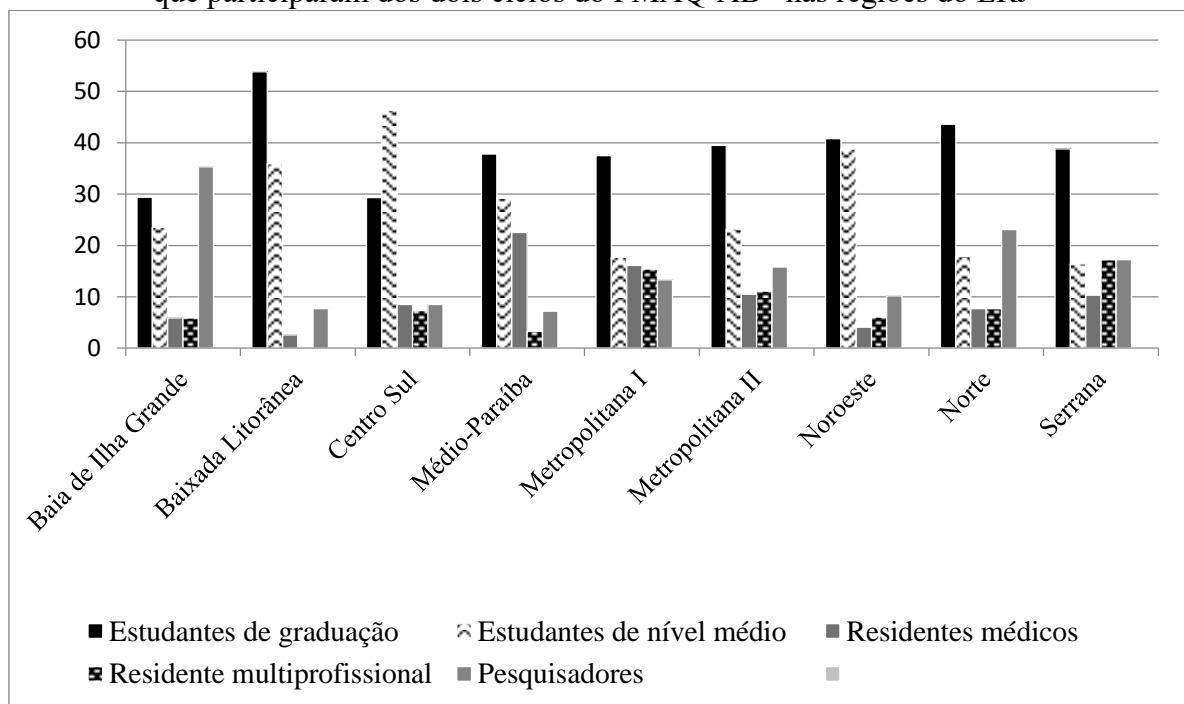


Legenda: Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Obs. A questão era de respostas múltiplas, logo o total apresentado é de respostas

Gráfico 6 - Distribuição dos perfis de “estudantes e/ou outros”, recebidos pelas EqSF que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB– nas regiões do ERJ



Legenda: Equipe de Saúde da Família (EqSF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Obs. A questão era de respostas múltiplas, logo o total apresentado é de respostas

4.1.2 A infraestrutura das UBS

A ambiência na saúde, preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH) do MS, “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006b, p.20). Ela é aqui entendida para além do seu aspecto concreto estrutural, como “ferramenta facilitadora do processo de trabalho (...), possibilitando a produção de subjetividades, traduzindo-se num espaço que instiga a reflexão das práticas e dos modos de operar nele, contribuindo para transformação de paradigmas existentes” (GARCIA et al., 2015, p. 37). Assim, vimos a necessidade de selecionar algumas variáveis de estrutura que constavam do questionário do Módulo I do PMAQ-AB, de observação e verificação da infraestrutura das UBS das EqSF participantes.

Foram escolhidas três variáveis que existiam nesse módulo e que poderiam ajudar a conhecer e qualificar essas unidades, são elas: se tinha um espaço destinado a atividades coletivas exclusivas, se havia computadores e se tinha acesso a internet. Entende-se que esses elementos podem ser importantes para apoiar o planejamento e a prática de ações com os estudantes e para desenvolver ações de educação permanente, bem como viabilizar espaços para a troca de experiências entre as equipes. Esta troca também pode contribuir para que os profissionais das EqSF se sintam participantes e corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os professores/docentes e/ou pesquisadores podem se sentir parte do serviço.

Começamos por analisar os dados da variável que apontava a presença de um espaço na UBS que pudesse servir para o encontro de docentes, profissionais e estudantes. Foi escolhida então, no Módulo I, a variável sobre a existência de salas de atividades coletivas exclusivas nas UBS. Segundo esses dados, apenas 39,2% das UBS do Brasil estudadas possuem salas de atividades coletivas exclusivas e nas UBS que recebiam “estudantes e/ou outros” houve uma maior concentração dessas salas (41,7%). Os dados do ERJ e das suas regiões seguiram essa média. Quando analisamos as UBS que recebem “estudantes e/ou outros” percebe-se, na maioria das regiões, uma maior concentração de salas coletivas exclusivas. Pode ser que, dentre vários critérios, a presença dessas salas exclusivas pode ter influenciado na escolha, pela IES, da UBS como campo de prática de seus estudantes (Tabela 7). O entendimento da importância de ter salas exclusivas é que elas propiciariam um local melhor para encontros e trabalhos coletivos, além de qualificar a assistência, pois são nesses espaços que ocorrem os grupos de usuários. Ou seja, a presença desses espaços podem

favorecer trabalhos e encontros entre os estudantes, docentes e profissionais, favorecendo o diálogo e aproximando as equipes.

Tabela 7 - Distribuição das UBS com salas de atividades coletivas exclusivas, e as que recebem “estudantes e/ou outros” – Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	Possui sala de atividades coletivas exclusivas		Total de UBS	UBS que recebem estudantes e têm salas coletivas		Total de UBS com estudantes
	N	%	N	N	%	N
Brasil	8.851	39,2	22.555	5.031	41,7	12.078
ERJ	355	33,1	1.071	212	40,9	518
Baía de Ilha Grande	10	19,6	51	0	0,0	11
Baixada Litorânea	22	32,4	68	8	32,0	25
Centro Sul	20	20,4	98	5	11,4	44
Médio-Paraíba	42	30,2	139	32	38,6	83
Metropolitana I	158	53,2	297	110	67,5	163
Metropolitana II	36	17,8	202	22	26,2	84
Noroeste	27	42,9	63	12	44,4	27
Norte	8	16,7	48	4	16,7	24
Serrana	32	30,5	105	19	33,3	57

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Unidade Básica de Saúde (UBS).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

As outras variáveis de infraestrutura selecionadas diziam respeito à comunicação e atualização através de ferramentas específicas: computadores e conectividade em redes de banda larga. Dentre as diversas mídias disponíveis, como a televisão, o rádio e o jornal, a internet se destaca em função da infinidade de possibilidades de acessos. Sem dúvida o manuseio de computadores e o acesso à internet tornou-se uma importante ferramenta de difusão de conhecimentos na área da saúde, para os profissionais de saúde, para profissionais em formação, bem como para os usuários. Segundo Garbin et al. (2012):

A internet é um recurso excepcional no que se refere à obtenção de informações de qualquer tipo, e pode ser um grande instrumento educacional (...) sendo possível ter acesso a diversas fontes de informação, como revistas científicas, universidades, hospitais, centros de pesquisa, entre muitas outras (GARBIN et al., 2012, p. 349).

Outra visão com relação ao importante uso dessa ferramenta para a formação diz respeito ao acesso a rede por profissionais, sejam do serviço, sejam de IES, que podem acessar “informações que subsidiam a sua pesquisa, bem como também canais de comunicação, publicação e de indicadores dos resultados de sua pesquisa” (ROTHER, 2008, apud OLIVEIRA et al., 2013, p. 100). Sendo assim, essas variáveis foram escolhidas, e analisadas nas UBS que declararam que recebiam “estudantes e/ou outros”.

No Brasil, do total de 12.078 UBS estudadas onde existiam EqSF que declararam ter recebido “estudantes e/ou outros”, 91,4% possuíam computadores e 76,7% tinham acesso garantido à internet. No ERJ, das 518 UBS, 81,8% tinham computadores e 72,8% tinham acesso à internet. Nas regiões Serrana e Centro Sul do ERJ, 100% das UBS que receberam estudantes tinham computadores, mas o acesso a rede foi diferente nas duas. A Metropolitana I foi a região de maior acesso à internet (90,2%). A Região do ERJ que teve a menor presença de UBS com computadores foi a Norte (33,3%) e a que teve menos acesso à internet foi a Baía de Ilha Grande (36,4%). Quando olhamos a Tabela 8, percebe-se uma maior concentração de UBS com computadores, mas o acesso à internet é menor (35,2%).

Tabela 8 - Frequência das UBS que recebem “estudantes e/ou outros” que possuem computadores e acesso a internet – Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	UBS possui computador		UBS que tem acesso à internet		Total de UBS que recebem "estudantes e/ou outros"
	N	%	N	%	N
Brasil	11.889	98,4	4.257	35,2	12.078
ERJ	454	87,6	377	72,8	518
Baía de Ilha Grande	9	81,8	4	36,4	11
Baixada Litorânea	23	92,0	21	84,0	25
Centro Sul	44	100,0	30	68,2	44
Médio-Paraíba	81	97,6	56	67,5	83
Metropolitana I	162	99,4	147	90,2	163
Metropolitana II	47	56,0	44	52,4	84
Noroeste	23	85,2	18	66,7	27
Norte	8	33,3	9	37,5	24
Serrana	57	100,0	48	84,2	57

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Unidade Básica de Saúde (UBS).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

4.1.3 Práticas de Educação Permanente (EP) – Brasil e Estado do Rio de Janeiro (ERJ)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi lançada pelo MS em 2004, e implementada pela Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Esta política vem regulamentar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, considerando as especificidades e a superação das desigualdades regionais a partir da problematização da realidade. Conforme aponta Batista e Gonçalves (2011, p. 885) “a Educação Permanente enfatiza a educação interprofissional e o trabalho em equipe como desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)”, considerando-o, por sua dimensão e amplitude, um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente

em seus espaços de assistência à saúde.

A definição assumida pelo MS se configura como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EP se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho” (BRASIL, 2007, p. 40). Essa estratégia possibilita ainda, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e o desenvolvimento das instituições (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Através da problematização, a EP pode também contribuir para transformação das práticas. Entendendo-se essa como uma inserção crítica na realidade, retirando dela elementos que darão significado a aprendizagem, levando-se em conta as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam (BATISTA et al., 2005). Por último, considera-se que a participação em ações de EP pode agregar aprendizado, reflexão crítica sobre a realidade onde as equipes estão inseridas, possibilitando um trabalho de integração do ensino com o serviço.

Acreditamos não ser possível pensar na articulação ou integração do ensino e do serviço sem remeter a existência de processos de EP. Sendo assim, decidimos verificar variáveis que estavam relacionadas à EP como uma potente dimensão para nosso objetivo. No questionário do Módulo II, havia três variáveis: a primeira indagava “se a equipe participou de ações de EP no último ano”, a segunda apontava “quem foi responsável por sua organização” e a terceira levantava “quais foram às ações que as equipes participaram”. (Brasil, 2011)

Observando-se as informações da variável sobre participação de processos de EP, tanto as respostas Brasil quanto do ERJ foram bem positivas, pois a maioria (97,4% no Brasil e 98,2% no ERJ) declarou ter participado de ações de EP no último ano. A Tabela 9, em princípio, nos traz uma informação preciosa de que a prática da EP está presente na maioria das equipes do país. Sem dúvida, essa questão sobre se as equipes participaram ou não de ações de EP foi interessante, mas fez-se necessária uma análise mais detalhada dessas iniciativas, “favorecendo identificar a concepção de educação ofertada e sua capacidade de transformar o trabalho da AB” (BEZERRA: MEDEIROS, 2018, p. 198). Sendo assim, essa questão foi investigada com os sujeitos da pesquisa no nosso estudo de caso, que nos trouxe uma realidade diferente das ações de EP, bem como sobre seu conceito, conforme veremos mais adiante.

Tabela 9 - Frequência da participação das EqSF em ações de EP Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	EqSF que participaram de ações de EP		Total/região
	N	%	N
Brasil	27.022	97,4	27.740
ERJ	1.711	98,2	1.743
Baia de Ilha Grande	54	100,0	54
Baixada Litorânea	63	91,3	69
Centro Sul	99	99,0	100
Médio-Paraíba	167	98,2	170
Metropolitana I	806	99,3	812
Metropolitana II	310	99,4	312
Noroeste	65	97,0	67
Norte	43	93,5	46
Serrana	104	92,0	113

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ); Equipe de Saúde da Família (EqSF); Educação Permanente (EP).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Na segunda questão dessa dimensão, era perguntado por quem eram organizadas as ações de EP que as equipes participaram no último ano. A importância dessa verificação se relaciona a mais uma aproximação para tentar entender como a EP ocorre no campo de prática da ESF, ou mesmo, na tentativa de apontar em que momento se encontra e de que forma tem sido absorvida e desenvolvida pelas EqSF.

No Brasil foram 24.892 EqSF que declararam ter participado de ações de EP e observou-se que a maioria dessas ações foi organizada pela Gestão municipal (30,1%), tendência semelhante encontrada no ERJ (Tabela 10). Nesta variável eram admitidas múltiplas respostas, portanto trabalhamos com número de respostas. Esse nível de envolvimento da gestão com o desenvolvimento de EP pode ser visto como positivo, como apontado por Garay (1997, apud MACHADO et al., 2015, p. 110): “esse é um dado promissor, tendo em vista que as ações de EPS, quando presentes no cotidiano da gestão e das equipes, tendem a ser mais profícuas em presença de apoio da gestão”.

Quanto a organização das ações de EP, tem-se como organizador das ações de EP “pela própria equipe ou unidade de saúde” no Brasil (26,2%) e no ERJ (28,7%). O resultado pode ser bem significativo no sentido de incorporação do conceito de EP pela EqSF no seu cotidiano do trabalho, fomentando reflexões e enfrentamentos a partir dos problemas vividos (Tabela 10). A participação das universidades na organização de ações de EP nas equipes, tanto no Brasil, quanto no ERJ, pode ainda significar uma pouca aproximação das instituições de ensino com as EqSF e seu cotidiano.

Tabela 10 - Distribuição por região das ações de Educação Permanente (EP) segundo iniciativa de organização – Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	Pela Gestão Municipal		Pela Gestão Estadual		Pela própria Equipe		Por outras equipes		Pelas Universidades		Total respostas por região
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Brasil (*)	24.892	30,1	16.504	20	21.631	26,2	12.667	15,3	6.990	8,5	82.684
ERJ (*)	1.639	32,1	641	12,5	1.466	28,7	863	16,9	501	9,8	5.110
Baía de Ilha Grande	51	32,9	24	15,5	44	28,4	18	11,6	18	11,6	155
Baixada Litorânea	61	42,1	17	11,7	39	26,9	13	9	15	10,3	145
Centro Sul	95	30,9	50	16,3	87	28,3	52	16,9	23	7,5	307
Médio-Paraíba	161	29,1	96	17,4	137	24,8	94	17	65	11,8	553
Metropolitana I	778	32,9	223	9,4	735	31,1	452	19,1	174	7,4	2362
Metropolitana II	298	31,3	140	14,7	251	26,4	137	14,4	125	13,1	951
Noroeste	55	35	24	15,3	49	31,2	24	15,3	5	3,2	157
Norte	42	31,1	19	14,1	36	26,7	14	10,4	24	17,8	135
Serrana	98	28,4	48	13,9	88	25,5	59	17,1	52	15,1	345

(*) Essa questão tinha múltiplas respostas.

Obs. O total de equipes que participaram de ações de EP no Brasil: 27.022 e teve 82.684 respostas e no ERJ: 1.711 e houve 5.110 respostas.

Legenda: Educação Permanente (EP); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Na terceira pergunta dessa dimensão levantou-se quais ações de EP as EqSF participaram no último ano. Trata-se aqui de uma pergunta com múltiplas respostas. Os dados levantados mostraram que a ação mais citada foi de participação em “cursos presenciais” (26,7%) e “Troca de experiências” (25,6%). Também no ERJ foram as respostas mais frequentes (30,4% e 24,7%, respectivamente) (Tabela 11).

Essa predominância de “cursos presenciais” como as ações mais realizadas pelas equipes pode estar indicando que a essência e a complexidade da proposta da EP, possivelmente, podem não ter sido aprofundadas. Em alguns estudos foi evidenciado que o conceito vigente de EP, por vezes, se confundia ou mesmo se traduzia com o de educação continuada, baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino (TESSER et al, 2011; BATISTA et al., 2005).

A segunda ação mais apontada pelos respondentes no Brasil e no ERJ foi de ‘troca de experiências’, o que pode estar indicando certa aproximação com processos reflexivos. Segundo Rodrigues et al. (2010, p. 533), as trocas de experiências desenvolvidas na metodologia da EP “constataram integração entre ensino, serviço e comunidade, em função do planejamento e da execução integrados de programa educativo”.

Embora, nos últimos anos, o governo federal tenha investido em tecnologia de informação, facilitando a aquisição de computadores e o acesso à rede de banda larga nos

municípios, por vários propósitos, incluindo ser uma forma de ampliar a participação em ações de EP, observa-se que a utilização do Telessaúde⁴¹ teve apenas 18,9% das respostas no Brasil e, no ERJ, um pouco mais (21%). Entende-se que a utilização da estratégia Telessaúde também pode se traduzir em uma oferta para contribuir com os processos de educação permanente, por ser um recurso utilizado pela equipe para sanar dúvidas pontuais ou para obter a opinião de outro profissional sobre o manejo de um caso, via teleconsultoria, que é uma ferramenta de comunicação disponível para os profissionais da Atenção Básica

Nessa variável havia uma opção de resposta se as EqSF participavam de ações de EP através de “tutoria/preceptoria”, que poderia nos fornecer informações com relação a atividades que envolvesse os profissionais das equipes e os docentes (e estudantes) em ações de integração ensino-serviço. Pelo nosso levantamento, tanto no Brasil quanto no ERJ e suas regiões, essa ação esteve presente, mas em proporções menores.

Tabela 11 - Distribuição das ações de EP que as EqSF dos dois ciclos do PMAQ-AB participaram – Brasil – ERJ e suas regiões

Regiões	Telessaúde		EAD/ UNASUS		RUTE		Cursos presenciais		Troca de experiência		Tutor/ preceptoria		Total de respostas por região
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Brasil	15.680	19,0	13.140	16,0	2.428	2,9	21.992	26,7	21.083	25,6	8.030	9,8	82.353
ERJ	1.037	21,0	660	13,3	99	2,0	1.503	30,4	1.224	24,7	425	8,6	4.948
Baía de Ilha Grande	26	18,8	25	18,1	4	2,9	48	34,8	29	21,0	6	4,3	138
Baixada Litorânea	21	19,1	14	12,7	0	0,0	44	40,0	26	23,6	5	4,5	110
Centro Sul	67	23,6	46	16,2	5	1,8	82	28,9	64	22,5	20	7,0	284
Médio-Paraíba	132	26,9	46	9,4	12	2,4	138	28,2	120	24,5	42	8,6	490
Metropolitana I	572	21,7	381	14,4	62	2,3	733	27,8	645	24,4	246	9,3	2639
Metropolitana II	114	15,3	76	10,2	8	1,1	291	39,0	207	27,7	51	6,8	747
Noroeste	33	26,8	20	16,3	1	0,8	39	31,7	26	21,1	4	3,3	123
Norte	13	14,8	9	10,2	1	1,1	35	39,8	22	25,0	8	9,1	88
Serrana	59	17,9	43	13,1	6	1,8	93	28,3	85	25,8	43	13,1	329

Obs. O total de equipes que participaram de ações de EP no Brasil: 27.022 e teve 82.353 respostas e no ERJ: 1.711 e houve 4.948 respostas.

Legenda: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Ensino a Distância (EAD); Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS); Rede Universitária de Telemedicina (RUTE); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

⁴¹ Programa Nacional de Telessaúde – criado pela portaria 35/2007.

4.1.4 Processo de trabalho – O planejamento e as reuniões de equipe

Compreende-se que a reunião de equipe é utilizada como um espaço para planejar, organizar e discutir suas ações e seus problemas. Segundo a PNH “a reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. É um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião” (BRASIL, 2006b, p. 54). Essa prática pode ser um potente espaço coletivo e inclusivo das equipes, e isso pode favorecer tanto o planejamento das atividades quanto ações de EP.

Quando se pensa nas unidades e equipes como campo de desenvolvimento da prática para a formação de profissionais de saúde, ter esse espaço funcionando com toda sua potência, favorece e qualifica essa formação. É preciso garantir que os profissionais possam ter espaços para discussão, análise e reflexão sobre suas práticas no cotidiano do trabalho e dos referenciais que as orientam, tendo em vista os desafios que estão postos para os profissionais do SUS (FEUERWERKER, 2002).

Interessante perceber que a grande maioria declarou realizar reunião de equipe: Brasil (99,5%) e ERJ (99,9%). Em todas as regiões do ERJ, 100% das EqSF realizam reunião de equipe, com exceção da região Norte do estado. Esse resultado é extremamente positivo se entendermos as diversas funções que a reunião de equipe tem: EP, planejamento e organização. Na tentativa de aprofundarmos mais um pouco, escolhemos outra variável que apontava a periodicidade dessas reuniões, entendendo ser o ideal que a reunião aconteça semanalmente para o alcance de seus objetivos. Porém, com relação à periodicidade que essas reuniões são realizadas, observa-se que, no Brasil, das 27.598 EqSF que declararam realizar, apenas 37,2%, o fazem semanalmente. No ERJ a periodicidade já se mostra mais qualitativa, uma vez que 57,3% das equipes fazem reuniões semanais. Conquanto em minoria, ainda existem equipes que realizam suas reuniões “sem uma periodicidade definida”, que pode indicar que esse espaço não é utilizado como uma ferramenta de EP e de planejamento (Tabela 12)

Tabela 12 - Frequência da realização e da periodicidade das reuniões de equipe – Brasil, ERJ e suas regiões

Regiões	Realizam reuniões de equipe (*)		Semanal		Quinzenal		Mensal		Sem periodicidade definida	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	27.598	99,5	10.264	37,2	6.238	22,6	9.559	34,6	1.537	5,6
ERJ	1.742	99,9	999	57,3	361	20,7	253	14,5	129	7,4
Baia de Ilha Grande	54	100	23	42,6	16	29,6	9	16,7	6	11,1
Baixada Litorânea	69	100	30	43,5	13	18,8	16	23,2	10	14,5
Centro Sul	100	100	26	26,0	25	25,0	39	39,0	10	10,0
Médio-Paraíba	170	100	95	55,9	53	31,2	16	9,4	6	3,5
Metropolitana I	812	100	653	80,4	80	9,9	48	5,9	31	3,8
Metropolitana II	312	100	77	24,7	115	36,9	80	25,6	40	12,8
Noroeste	67	100	13	19,4	18	26,9	23	34,3	13	19,4
Norte	45	97,8	16	35,6	18	40,0	9	20,0	2	4,4
Serrana	113	100	66	58,4	23	20,4	13	11,5	11	9,7

(*) O total das EqSF participantes = 27.740 no Brasil e no ERJ= 1.74.

Legenda: Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

4.1.5 Desempenho das EqSF nos ciclos do PMAQ-AB

O PMAQ-AB tem como um dos seus objetivos avaliar o desempenho das equipes, realizado através de parâmetros criados e, após as etapas de Adesão e Contratualização, com pactuação de indicadores e da Avaliação Externa, o MS realiza a Certificação das Equipes. Esta foi norteada por:

(...) parâmetros que permitiram mensurar o grau de qualidade do trabalho das equipes a partir da verificação de padrões contidos no instrumento de avaliação externa, incluindo a averiguação de padrões de qualidade essenciais e estratégicos; implementação de processos auto avaliativos (AMAQ e outros); e análise dos resultados alcançados no conjunto de indicadores (BRASIL, 2018b, p. 40⁴²)

Para balizar a Certificação também foi criado um conjunto de padrões de qualidade⁴³ que eram verificados na etapa de AE. Foram definidos pelo MS: a) Padrões Essenciais que seriam aqueles ligados às condições mínimas de acesso e qualidade. As equipes deveriam cumprir no mínimo 90% desses padrões para que fosse aplicado os demais critérios da certificação. Foram utilizados 20 padrões de qualidade para as equipes de AB; b) Padrões

⁴² Nota Metodológica da certificação da equipes de atenção básica:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf

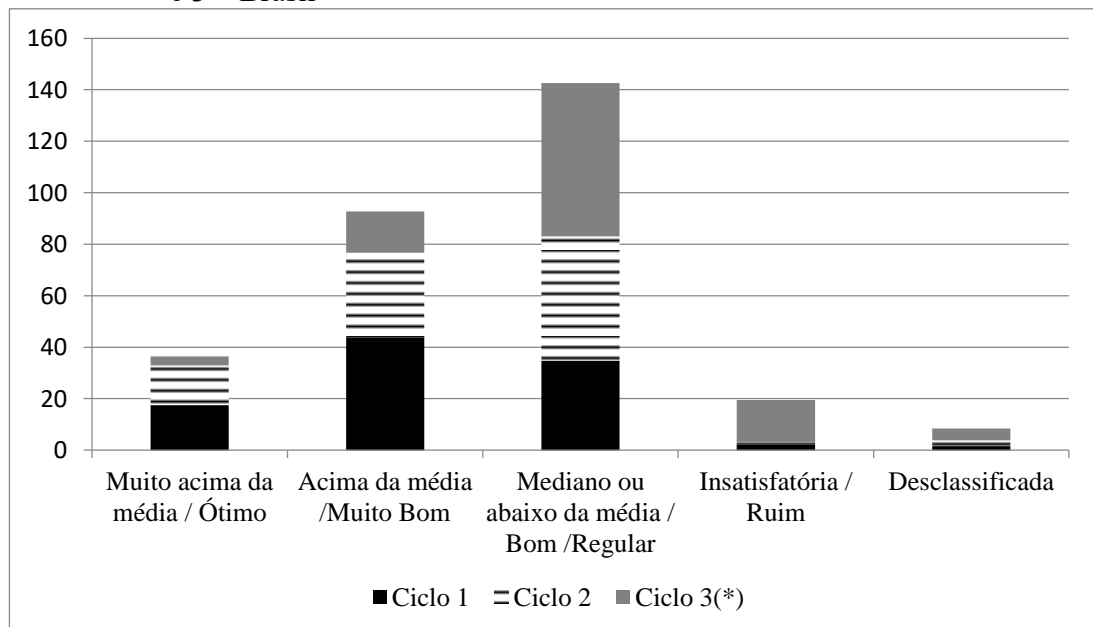
⁴³ Nota Metodológica da certificação da equipes de atenção básica, p. 42:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf

estratégicos que eram relacionados às condições desejáveis para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, tendo como horizonte um serviço mais resolutivo. Esses padrões sofriam modificações a cada ciclo (BRASIL, 2017). O resultado das certificações era publicado após a conclusão do ciclo do PMAQ-AB e, a partir dessas classificações feitas por cada uma das equipes participantes, havia o repasse financeiro do PAB variável do PMAQ para os municípios. Esse é feito fundo a fundo havendo a orientação de que seja usado para qualificar a AB, ficando a cargo do gestor municipal como e onde será utilizado.

Olhando-se os três ciclos, percebe-se muita variação nessas classificações: no ciclo 1 o maior percentual no Brasil (43,9%) foi de equipes “Acima da média”, o que é de certa forma coerente, pois como houve pelo MS a restrição inicial de participação de equipes de cada município em 50% para aderir ao Programa, os gestores escolheram as melhores equipes para que pudessem garantir os recursos provenientes das certificações (Gráfico 7). No ERJ, o maior percentual (47%) foi “Mediano ou abaixo da média” tanto no ciclo 2 como no ciclo 3 (Gráfico 8). A classificação de desempenho das EqSF mais frequente no Brasil foi “Mediano ou abaixo da média” (48,3%), assim como as equipes do ERJ, (64,1%) no ciclo 2 e (44,9%) no ciclo 3.

Gráfico 7 - Classificação do desempenho das EqSF no PMAQ-AB nos Ciclos 1, 2 e 3 – Brasil



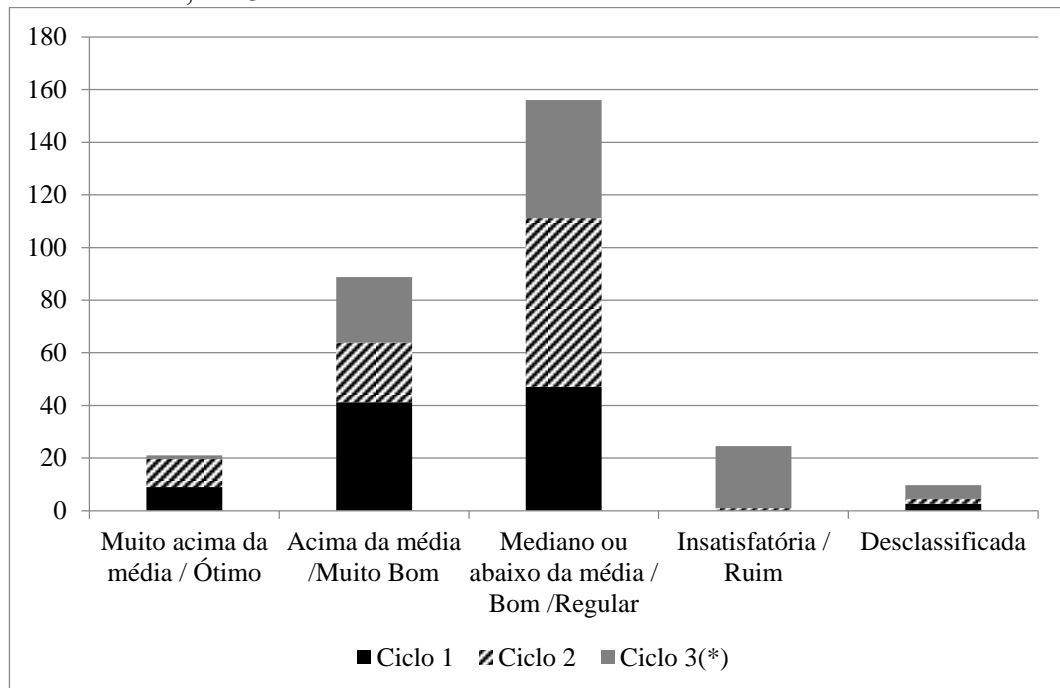
(*) No ciclo 3 houveram mais categorias de critérios de certificação, mas para a presente tabela fizemos uma aproximação entre elas.

Total de EqSF certificadas no Ciclo 1 = 17.482, no Ciclo 2 = 30.521 e no Ciclo 3 = 38.865

Legenda: Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Equipe de Saúde da Família (EqSF).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Gráfico 8 – Classificação do desempenho das EqSF no PMAQ-AB nos Ciclos 1, 2 e 3- ERJ



(*) No ciclo 3 houveram mais categorias de critérios de certificação, mas para a presente tabela fizemos uma aproximação entre elas.

Total de EqSF certificadas no ERJ: Ciclo 1= 1.076, Ciclo 2= 1.918 e Ciclo 3= 2.347

Legenda: Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB); Equipe de Saúde da Família (EqSF).

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019.

Com essas informações, pretendeu-se ter um panorama geral, a partir de dados levantados, da aplicação da AE do PMAQ-AB. Esse primeiro levantamento nos trouxe algumas informações tais como a frequência da presença de estudantes nas equipes, que tipo de estudantes eram esses, a ocorrência de ações de EP, a participação em reuniões de equipe, itens de infraestrutura, entre outras. Com esses indícios foi definido nosso campo de pesquisa, que apresentaremos a seguir.

4.2 O ESTUDO DE CASO - RMP

Define-se essa etapa como uma “estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o *como* e o *por que* de alguma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle” (MINAYO et al., 2016, p. 93). O estudo de caso é a estratégia que visa esclarecer como um conjunto de decisões foi tomado, por qual motivo isso ocorreu, de que forma foram implantadas e quais são os resultados obtidos (YIN, 2015).

As vantagens do estudo de caso são: a) sua capacidade de estimular novas descobertas, em virtude da flexibilidade do planejamento e da própria técnica; b) a possibilidade de visualização do todo, de suas múltiplas facetas; e c) a simplicidade de aplicação dos procedimentos, desde a coleta até a análise de dados. (GIL, 2007, p. 59-60).

O nosso estudo de caso foi desenvolvido no Estado do Rio de Janeiro, em seis municípios da Região do Médio Paraíba. Utilizou-se tanto a análise quantitativa de variáveis do banco de dados das EqSF que participaram de dois ciclos do PMAQ-AB, quanto a análise das informações levantadas em entrevistas com gestores e profissionais de saúde dessa região. O objetivo dessa aproximação com o campo de prática foi verificar quais ações de ensino-serviço existiam, conhecer como estavam sendo desenvolvidas, além de tentar verificar as possíveis consequências dessas experiências para o processo de trabalho das equipes e da gestão. Essa etapa da pesquisa foi importante uma vez que a análise dos dados do PMAQ-AB apenas sugeriu existir ações de integração ensino-serviço nas equipes da região, não apontando nenhuma especificidade. Sendo assim a realização do estudo de caso foi imprescindível para o alcance dos objetivos do trabalho.

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, situa-se na Região Sudeste, tendo os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo como limites e mais o Oceano Atlântico. Sua população estimada em 2018 (IBGE) está em 17.159.960 habitantes, com Densidade Demográfica de 381 hab/km², segundo Nota Técnica da SAPS⁴⁴. Possui atualmente 92 municípios, divididos em 9 Regiões: Metropolitana I, onde está concentrada 39,4% da população do Estado, principalmente no município do Rio de Janeiro; Metropolitana II, onde está o 2º município mais populoso, Niterói; Serrana; Baixada

⁴⁴A Nota Técnica foi elaborada com o objetivo de fornecer, de forma rápida e qualificada, a situação de implantação e de recursos financeiros dos programas estratégicos do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS). As informações são atualizadas mensalmente através dos sistemas de informação e obtidas diariamente na base de dados dos programas. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica> acesso em 02 de dezembro de 2019.

Litorânea; Centro Sul; Médio Paraíba; Norte; Noroeste; e Baía de Ilha Grande, região menos populosa com 1,6% da população do Estado (IBGE 2010).

Com relação a AB, verificamos que todos os municípios do ERJ possuem equipes da ESF, embora nem todos definam essa estratégia como o principal modelo de atenção básica. Esse levantamento para nosso estudo foi importante, pois a ESF, por seus objetivos e atuação através de uma equipe multiprofissional, são espaços ideais para profissionais em formação, sendo inclusive, definido pelos editais do PET-Saúde como campo de desenvolvimento das atividades práticas dos alunos. Os municípios que tinham a ESF como modelo, representaram um potente local para nossa pesquisa de campo. Pelo Relatório de Cobertura da AB⁴⁵, na competência de setembro de 2019, o Estado do Rio apresentou uma cobertura estimada em 51% da população pela ESF.

4.2.1 A Região do Médio Paraíba (RMP) – região escolhida para o estudo

A Região do Médio-Paraíba está localizada ao sul do Estado do Rio de Janeiro, fazendo divisa com os estados de Minas Gerais e São Paulo. Possui um total de 881.042 habitantes e 12 municípios, divididos em três aglomerados urbanos: Valença, Rio das Flores, Barra do Piraí e Piraí, ao norte da região, com um total de 205.509 habitantes; Resende, Itatiaia, Porto Real e Quatis, ao sul da região, com um total de 184.075 habitantes; e Rio Claro, Pinheiral, Barra Mansa e Volta Redonda, ocupando a região central do Médio Paraíba. Este último aglomerado urbano acolhe mais da metade da população da região, com as duas maiores cidades em volume populacional (Volta Redonda e Barra Mansa).

A escolha dessa região para o Estudo de Caso pautou-se em três critérios: 1) ter o maior percentual de equipes que receberam “estudantes e/ou outros”, conforme apontado anteriormente. 2) seis dos doze municípios da região receberam (ou recebem) alunos do PET-Saúde, com a participação em todos os editais. Esse levantamento foi realizado através da leitura de Atas da CIR⁴⁶, publicizadas na página eletrônica da SES-RJ⁴⁷. 3) foram os municípios que apresentaram os maiores percentuais de equipes que participaram dos dois ciclos, como pode ser visto a seguir na Tabela 13.

⁴⁵ Acesso em dezembro de 2019 – <https://egestorab.saude.gov.br/> Relatório de Cobertura de Atenção Básica

⁴⁶ CIR - Comissões Intergestores Regionais - são fóruns criados a partir do Decreto nº 7508 de junho de 2011, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional, oriundos do Pacto pela Saúde. Essa instância veio aprimorar o processo de regionalização no SUS. Os problemas de saúde são identificados e analisados conjuntamente. A partir dessa avaliação procede-se a identificação e pactuação das ações prioritárias, com objetivo de melhorar a situação de saúde e garantir a atenção integral na região. CIR é um ambiente de debate e negociação que promove a gestão colaborativa na saúde. Caracteriza-se como um espaço de governança regional.

⁴⁷ www.saude.rj.gov.br - acessado em março de 2019)

Tabela 13 - Frequência de EqSF dos municípios da RMP que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB

Municípios da Médio Paraíba	EqSF participantes dos 2 ciclos	
	N	%
VOLTA REDONDA	59	34,7
BARRA MANSA	33	19,4
VALENÇA	14	8,2
PIRAÍ	13	7,6
RESENDE	13	7,6
PINHEIRAL	8	4,7
RIO CLARO	8	4,7
BARRA DO PIRAI	7	4,1
ITATIAIA	5	2,9
RIO DAS FLORES	4	2,4
PORTO REAL	3	1,8
QUATIS	3	1,8
Total de EqSF	170	100

Fonte: SAPS/MS – Relatório de Cobertura da AB- Elaboração própria 2019
N= total de EqSF da RMP =179 (dados de 2017)

Sendo assim, os municípios escolhidos para a realização das entrevistas foram: Volta Redonda, Barra Mansa, Valença, Piraí, Resende e Pinheiral. Como já apontado, o município mais populoso da região é Volta Redonda, com 263.659 habitantes, bem como é o de maior densidade populacional (1446 hab/km²). Este município apresenta o menor percentual de extrema pobreza (1,84%). Os de menor população são Pinheiral e Piraí, com 24.076 e 28.088 habitantes, respectivamente. Os municípios de Piraí e Pinheiral apresentaram, em setembro de 2019, uma cobertura de 100% das EqSF. Com exceção de Resende, todos já tiveram, ou têm alunos do PET-Saúde. Resende não tem experiência com o PET-Saúde, mas apresenta outras experiências com estudantes: com acadêmicos de medicina, do estágio curricular de alunos da faculdade de enfermagem existente no município.

O percentual de população com plano de saúde é maior em Volta Redonda (39,82%) e o menor em Valença, com 12,31% (Tabela 14). Esses percentuais vêm diminuindo nos últimos anos, aumentando a procura pelos serviços do SUS. A importância desse destaque é entender a demanda e necessidade da população para possível utilização do SUS, e a influência desse cenário no planejamento dos serviços.

Tabela 14 - Características gerais dos municípios estudados da região do Médio Paraíba
- Estado do Rio

Municípios	População (2016)	Densidade Demográfica	% da população em extrema pobreza (2010)	% da população com plano de saúde (junho 2019)	cobEqSF (set/2019) %	Presença de alunos do PET-Saúde (*)
Barra Mansa	180.126	329 hab/km ²	2,43	30,50	75,1	sim
Piraí	28.088	56 hab/km ²	3,29	17,55	100	sim
Pinheiral	24.076	314 hab/km ²	3,23	19,58	100	sim
Resende	126.084	113 hab/km ²	1,93	33,41	82,1	não
Valença	73.997	57 hab/km ²	2,82	12,31	89,4	sim
Volta Redonda	263.659	1.446 hab/km ²	1,84	39,82	74,8	sim

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

4.2.1.1 Atenção Básica na Região do Médio Paraíba e a ESF

Conhecer municípios que tivessem a ESF como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS foi importante por entender que essa implantação pode ter desencadeado uma série de ações, de diversas naturezas, envolvendo diferentes atores “mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados” (MOROSINI et al., 2018, p.13). Segundo a autora, todo esse movimento pode contribuir para qualificar o processo de trabalho, possibilitando a criação de potentes espaços de formação e o desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço.

No questionário dos gestores (APÊNDICE A), havia uma pergunta⁴⁸ que buscava levantar se a ESF era definida como modelo preferencial da AB. Em resposta a essa questão, em todos os seis municípios os gestores declararam ser a ESF a ordenadora do sistema local, inclusive em municípios que ainda não têm 100% de cobertura:

No meu município sim, temos atualmente 100% de cobertura da população com a ESF. É realmente nossa porta de entrada e ordenadora do sistema municipal (G1)

Sim. Atualmente estamos com cerca de 80% mas estamos investindo nas equipes, colocando médicos com especialidade em saúde da família e isso está ajudando a aumentar o número de equipes. (G3)

É nossa opção, estamos hoje com 79% de cobertura e pretendemos aumentar até o final da gestão até, pelo menos 90% (G2)

Foi interessante conhecer que mesmo em municípios que já têm 100% de cobertura, há o desejo de ampliação do número de equipes, pensando principalmente em diminuir o número

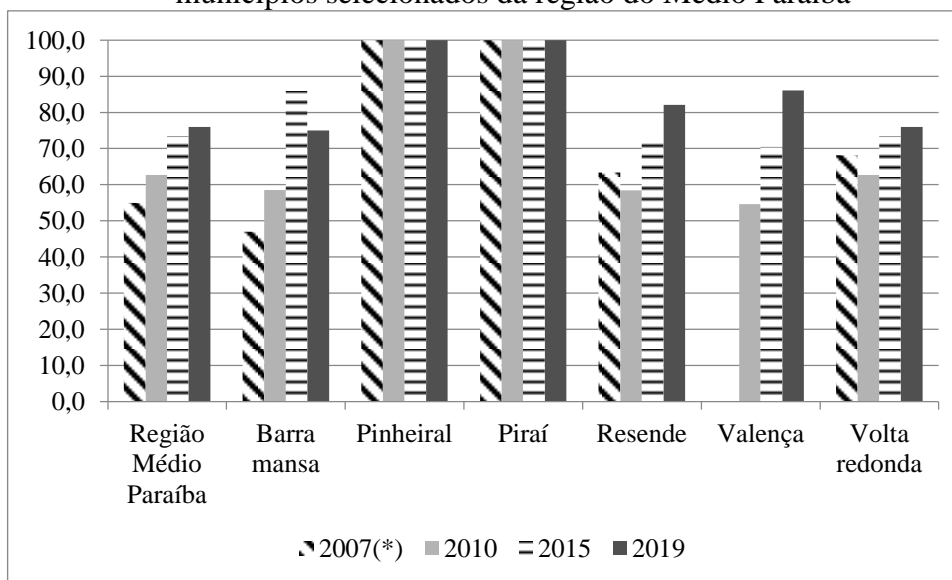
⁴⁸ Pergunta do roteiro: A ESF é a opção da gestão como ordenadora do sistema?

de pessoas atendidas por equipe, o que no entendimento do gestor, significaria uma atenção mais qualificada. Entende-se por cobertura, a proporção da população da unidade federada atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família. É um indicador utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS⁴⁹.

No meu município temos 100% com projeto de ampliação de mais 3 equipes. Estamos fazendo um trabalho junto com o pronto socorro para trazer a saúde da família para ser porta de entrada mesmo porque a população ainda tem como referência nos principais momentos agudos o pronto socorro (G8)

Olhando-se quatro períodos de cobertura da população pela ESF desses municípios, percebe-se que todos tiveram uma evolução, um aumento da cobertura. Resende apresentou uma diminuição em um período: em 2007 a cobertura era de 63,4% e em 2010 foi para 58,4%, mas nos outros anos houve um crescimento. Barra Mansa também apresentou uma diminuição do seu percentual de cobertura no período de 2019. Pirai e Pinheiral, desde 2007, mantiveram 100% de cobertura de sua população pela ESF (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Evolução da cobertura populacional pela ESF nos municípios selecionados da região do Médio Paraíba



Fonte: SAPS/MS – Relatório de Cobertura da AB- Elaboração própria – 2019
<http://egestorab.saude.gov.br/>, acesso em 01/02/2020

(*) Os dados nesse Relatório só estão disponíveis a partir do ano de 2007

Obs: a opção por esses anos diz respeito aos anos de expansão da ESF (2007), ao período antes do PMAQ-AB (2010) e 2015 e 2019, após os 3 ciclos.

⁴⁹ https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf, acesso em 15/02/2020

4.2.1.2 Processo de trabalho

Outra questão importante para se avaliar a qualidade das equipes dos municípios como potenciais campos de práticas, diz respeito a informações acerca do processo de trabalho desses profissionais. Dentre as variáveis presentes no Módulo II do PMAQ-AB, havia aquelas que apontavam para vinculação profissional e inserção no serviço público. Essas variáveis foram escolhidas, pois através delas poderíamos conhecer cenários mais favoráveis (ou não) à permanência dos profissionais nas equipes, interferindo diretamente na relação entre os profissionais das equipes, com a comunidade e, na sequência, com profissionais de saúde em formação.

As condições de trabalho interferem cotidianamente na qualidade dessa produção do cuidado. Se forem estabelecidos vínculos profissionais precários, os profissionais podem ficar sujeitos à instabilidade política, ocasionando rotatividade dos profissionais e descontinuidade da assistência. Considera-se que a rotatividade dos trabalhadores pode ocorrer por questões relacionadas diretamente com a precariedade do vínculo e pela ausência de incentivos que não motivam os profissionais da saúde a manterem-se em suas funções, estimulando-os a buscarem melhores oportunidades (SCALCO et al., 2010). O conceito de precariedade de vínculo se caracteriza principalmente pela falta de regulamentação e à perda de direitos trabalhistas e sociais, através do incentivo à legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho (PIALARISSI, 2017). Segundo a autora:

os contratos temporários, o tempo parcial e a quebra de vínculos, oriundos da gestão privada e amplamente disseminada na esfera pública, corroem as equipes de trabalho, gerando insegurança, intensa sobrecarga de trabalho e aumento do desgaste físico e mental, repercutindo sobre a saúde do servidor e, certamente, sobre a qualidade na prestação de serviços da administração pública. (PIALARISSI, 2017, p.3).

A Emenda Constitucional nº 19⁵⁰ teve repercussões diretas no serviço público, pois ordenou a flexibilização das relações de trabalho. Assim: “Através da adoção de regimes jurídicos diferentes, flexibiliza as formas de licitação e contratos, reduz os custos com a força de trabalho retirando direitos dos trabalhadores e permite a quebra da estabilidade” (KREIN et al, 1999 *apud* SOUZA, 2011 p. 158).

⁵⁰ A Emenda Constitucional 19, de 4 de junho de 1998 - Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

Para análise da variável de vinculação profissional, utilizamos a tipologia de formas de contratação definidas por portaria⁵¹. Na RMP, o vínculo profissional mais frequente foi de servidores públicos “estatutários” (30,0%), seguido por “contrato temporário por tempo determinado” (29,4%) e contratos por “RPA” (25,9%). Os municípios de Resende e Pirai apresentaram majoritariamente profissionais com vínculos estáveis: Resende com 100% e Pirai com 92,3% dos respondentes estatutários. Pinheiral apresentou 100% de profissionais com vinculação através de “cargos comissionados” e Valença (64,3%) e Volta Redonda (54,2%) apresentaram um percentual maior de vínculos por “contratos temporários”, caracterizando vínculos não estáveis. Também o município de Barra Mansa tem vinculação profissional precária, pois 90,9% dos respondentes foram contratados através de RPA (Tabela 15).

Na verificação *in loco*, pudemos esclarecer, através das entrevistas, algumas dúvidas quanto aos vínculos, principalmente no que diz respeito a marcação do item “Outros”. Por exemplo: em um dos municípios, o vínculo dos profissionais está sendo feito através da universidade local, que se concretiza em forma de bolsas de estudo. Tal fato ocorre, pois as unidades de saúde são campo de formação dessa instituição, através de um contrato, tendo sido uma decisão do município para incentivar a permanência dos profissionais nas equipes que recebem estudantes, conforme pontua o gestor:

Tivemos um tempo atrás um pouco de dificuldade de permanência a nível de salário. Mas como eu te falei, essa parceria com a universidade, quem é especialista em saúde da família ganha um “plus a mais”, isso tá fazendo com que eles se fixem mais.(G3)

Em outro município, foram entrevistados médicos do Programa Mais Médicos – PMM⁵², que também têm como vinculação um contrato com pagamento através de bolsas.

⁵¹ Portaria MS 1.130 de 11/05/2017 - altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016. Onde foi estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

⁵² Programa Mais Médicos (PMM), programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Federal, cujo objetivo era suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

Tabela 15 – Distribuição dos vínculos profissionais dos respondentes das EqSF dos municípios selecionados da RPM/ERJ

Municípios da RMP	Estatutário		Cargo comissionado		Contrato temporário		CLT		Autônomo (RPA)		Outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Região Médio Paraíba	51	30,0	14	8,2	50	29,4	6	3,5	44	25,9	5	2,9	170
Barra Mansa	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	30	90,9	0	0,0	33
Pinheiral	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
Piraí	12	92,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13
Resende	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13
Valença	0	0,0	0	0,0	9	64,3	2	14,3	0	0,0	3	21,4	14
Volta Redonda	7	11,9	0	0,0	32	54,2	4	6,8	14	23,7	2	3,4	59

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Por fim, nessa discussão sobre caracterizar trabalho precário, o parâmetro no setor público pode ser estabelecido:

o aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social [...] decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. [...] decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública [...]. Com isso queremos dizer que o que denomina “trabalho precário” no setor público surge não de um déficit de proteção social propriamente dito, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (NOGUEIRA et. al, 2004, p. 90)

Com base nessa reflexão poderíamos entender que o ingresso no serviço público através do concurso poderia anular e superar a condição de precariedade do trabalho no setor público de saúde. Porém, não podem ser desconsideradas as complexas determinações que envolvem o trabalho em saúde.

A outra variável escolhida sobre processo de trabalho levantava a forma de ingresso nas equipes, pois nos traz mais pontos para reflexão sobre a presente discussão. Nos dados levantados na RMP, percebe-se que o ingresso por concurso público foi a terceira forma de ingresso dos representantes das EqSF (30,6%), e em três municípios não houve nenhuma resposta sobre ingresso por concurso público, em detrimento de outras formas levantadas: seleção pública (31,2%) e, ingresso por outras formas (38,2%) – o maior percentual. Essa informação mereceu uma melhor investigação junto aos sujeitos da pesquisa de campo. Nas entrevistas ficou mais claro a resposta “outras formas”, principalmente em municípios que estão utilizando a vinculação através de bolsas, seja do PMM, seja da contratação através da universidade.

Tabela 16- Distribuição do mecanismo de ingresso dos profissionais respondentes das EqSF dos municípios escolhidos da RMP/ERJ

Municípios da RMP	Concurso público		Seleção pública		Outros		Total
	N	%	N	%	N	%	
Região Médio Paraíba	52	30,6	53	31,2	65	38,2	170
Barra Mansa	0	0,0	2	6,1	31	93,9	33
Pinheiral	0	0,0	3	37,5	5	62,5	8
Piraí	12	92,3	1	7,7	0	0,0	13
Resende	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13
Valença	0	0,0	5	35,7	9	64,3	14
Volta Redonda	8	13,6	40	67,8	11	18,6	59

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Quando cotejamos o tipo de vinculação, com o modelo de ingresso dos profissionais desses municípios, percebe-se a coerência das respostas. Por exemplo, Barra Mansa, que declarou ter 90,9% de seus profissionais com vínculo de Autônomo – RPA (Tabela 15), tem como modelo de ingresso “outros”, pois não há concurso e nem “seleção pública”. Aliás, na entrevista com os gestores dos municípios pudemos verificar algumas questões. Em um dos municípios houve um problema com um contrato com uma Organização Social (OS), levando a gestão a buscar alternativas de contratação emergencial, até organizar um concurso público.

Conseguimos mesmo fazer a licitação para um novo contrato (...) uma nova empresa assumiu. É uma OS também que a gente faz uma gestão compartilhada (...) agora todos os profissionais estão sendo contratados em regime de CLT (...) sendo que algumas categorias poucas ficaram em regime de RPA. (G7)

Outro município fez um concurso público para a ESF, mas ainda não conseguiu absorver os profissionais, pois houve algumas liminares impetradas que levaram à suspensão do processo e a gestão buscou alternativas temporárias, como contratação por RPA, entre outras.

O que ficou evidente nas entrevistas com os gestores foi o desejo de se realizar a entrada dos profissionais por concursos públicos, pois poderia garantir a permanência dos mesmos nas equipes. Todos apontaram ser a fixação e a rotatividade problemas graves nas suas equipes, e que o concurso poderia ser uma das estratégias para a fixação:

Os meus enfermeiros são todos cargos comissionados ... Porque fixar médico para mim hoje é o mais difícil. Eu tenho duas características de médico hoje: o recém-formado que entra enquanto tá estudando para fazer a residência, a especialização... Fica com a gente nesse período. E aí início de

ano quando começa sair as notas da residência, eles começam a se bandear. E o que já está aposentando que quer mais uma calmaria... Eu tenho uma médica que é concursada, na verdade, hoje a gente fez concurso, então eu tenho 5 médicos que são concursados...isso é o melhor!...(G8)

Hoje quase todos, quase 100% dos médicos são concursados, enfermeiro concursado, técnico de enfermagem a gente ainda tá chamando do concurso, mas assim... a gente tem um contrato que é de RPA que são desses técnicos e a gente já tá chamando..., Os agentes também são concursados... é processo seletivo... Então o que hoje nós temos de RPA é muito pouco e também vai ser substituído agora, com a chegada desses... Então essa rotatividade a gente agora tá bem mais confortável, porque eles são concursados...(G2)

Na verdade fazer um concurso público é sempre uma decisão difícil para o município, mas eu acho que foi uma ótima decisão e uma ótima experiência, foi muito bom, às vezes a gente tem medo disso, a gente fala muito sobre isso, sobre o que o concurso pode trazer, o que significa o profissional concursado. (G1)

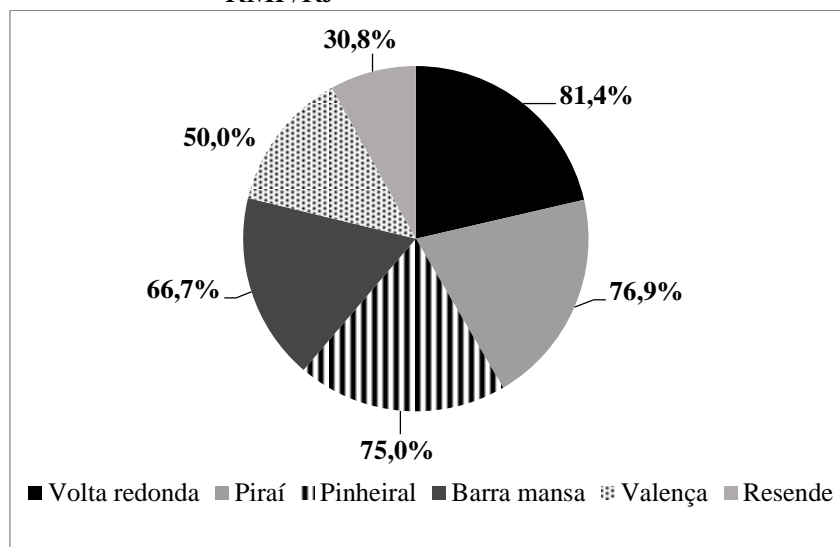
Percebe-se com o levantamento das duas variáveis de vinculação e ingresso nos municípios selecionados, que houve uma tendência de agregar diferentes modalidades de contratações com diversos vínculos: estatutário, celetista, contratos temporários, bolsa, cargos comissionados e terceirizados, entre outros. E apesar do desejo de alguns gestores em realizar concursos, esse não tem sido prioritário para ingresso dos trabalhadores na AB. Fechamos essa discussão com uma reflexão sobre essa inserção dos trabalhadores na AB com vínculos precários:

Para a força de trabalho vinculada ao sistema público de saúde, o processo de desregulamentação do trabalho implicou na submissão a vínculos trabalhistas que, por um lado, podem significar um aumento imediato de sua renda monetária, como é o caso de alguns trabalhadores com formação de nível superior vinculados ao Saúde da Família. (SOUZA, 2011, p. 162)

4.2.1.3 A Integração Ensino-Serviço nas EqSF em ato na RMP

Vimos anteriormente que uma das questões para a seleção da região no ERJ, foi a presença de “estudantes e/ou outros”, e que a RMP foi a que mais apresentou profissionais em formação. Observando-se os dados dos seis municípios selecionados, confirma-se essa presença em todos eles: o município de Volta Redonda foi o município onde o maior percentual de equipes declararam receber “estudantes e/ou outros” (81,4%), seguido de Pirai (76,9%) e Pinheiral (75,0%). Resende é o município que menos recebeu “estudantes e/ou outros” (30%) (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Percentual de EqSF que recebiam “estudantes e/ou outros”, nos municípios selecionados da RMP/RJ



Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Além de constatar a presença de estudantes na RMP, observa-se que essa concentração pode estar ligada ao número de IES existentes nessa região. Existem pelo menos oito Instituições de Ensino Superior, todas privadas, com diversas graduações em saúde, e estão situadas em quatro dos municípios selecionados: Barra Mansa, Resende, Valença e Volta Redonda, sendo que em alguns existem mais de uma faculdade. Os cursos oferecidos estão assim distribuídos:

Quadro 3 – Demonstração da distribuição de cursos de graduação em saúde nos municípios selecionados - RMP

Cursos de Graduação	Barra Mansa	Resende	Valença	Volta Redonda
Educação Física	x	x	x	x
Enfermagem	x	x	x	x
Farmácia	x			
Fisioterapia	x			
Medicina			x	x
Nutrição	x			x
Odontologia			x	x
Psicologia	x		x	x
Serviço Social				x

Fonte: Dados da pesquisa – elaboração própria

Considerando o conceito sobre integração ensino-serviço, quanto a ser um trabalho coletivo, onde diferentes atores se inserem: docentes, discentes e profissionais dos serviços,

objetivando a qualidade da formação e a satisfação dos profissionais de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008); e tendo em vista os indícios dessas ações levantados pela análise do banco de dados do estudo, vimos a necessidade de aprofundar esses achados, no sentido de conhecer as ações de integração ensino-serviço desenvolvidas nas EqSF dos municípios da RMP. Numa revisão de literatura realizada sobre o tema, constatou-se que essa integração “possibilita a redução da dicotomia teoria-prática, aproxima os estudantes com os princípios do SUS, auxilia os serviços no desenvolvimento de ações e na capacitação dos profissionais, melhorando a qualidade do cuidado” (KUABARA et al., 2014, p.195).

Em todos os seis municípios selecionados foi apontado desenvolvimento de ações junto aos cursos de formação de nível superior e técnico. A maioria teve contato com o PET-Saúde, bem como com outras experiências: internato e residência de medicina, estágios curriculares, estágios extra-curriculares, entre outros. Algumas dessas experiências foram bem significativas, deixando explícito para os participantes da pesquisa que a presença de alunos nas suas equipes mobilizava os profissionais e que esse encontro era um espaço propício para o processo de aprendizagem, a partir da troca de saberes, onde todos são beneficiados. O estudante não é visto apenas como alguém que utiliza o serviço para o seu aprendizado, mas como protagonista que contribui com o mesmo.

Era um trabalho bacana porque além do aluno, a gente tinha muito envolvimento com os professores das áreas (...), por exemplo, ajudou e participou da elaboração dos primeiros protocolos de pré-natal do município (...) Era um trabalho muito presente. Era uma integração muito forte, uma conexão real. (P12)

(...) integração total! Participam juntos do planejamento e das ações e realizam ações junto. Nós (docentes) somos parte da equipe, nós temos que cuidar dessa comunidade junto com a equipe do serviço. (P1)

Eu penso que, essa integração, acho que mexe com a gente, que tira a gente da zona de conforto e para a gestão é ótimo, faz a gente mudar. Olhares diferentes contribuem muito, só que precisa ser bem estruturado desde o começo para que fortaleça ambos os lados e não só um, se não vira utilização e acaba me incomodando. (P11)

Porém, também tivemos a fala de alguns entrevistados que demonstraram uma visão de utilização dos alunos como mão de obra, principalmente para cobrir as deficiências de pessoal, e essa inserção não se configurou como processo de integração ensino-serviço, não havendo envolvimento dos docentes com o serviço e/ou dos profissionais com os docentes e alunos.

Achei excelente, até porque a gente não tem muito funcionário, e assim eles vêm mesmo para apoiar. (P3)

Essa vontade que o aluno está de aprender e às vezes trazer para o serviço essa qualificação, essa coisa nova que está saindo da faculdade, para esse profissionalizando e aproveitar essa mão de obra que por algum motivo ou outro, acaba faltando, meio que ...faz uma ajuda mútua.G7)

Em outras palavras, a integração entre o ensino e o serviço pode “enfrentar limites relacionados ao entendimento e/ou operacionalização dessa aproximação, sendo considerada como uma “mão de obra a mais” quando, na realidade, poderia ser assimilada como um processo de educação permanente” (KHALAF et al, 2019, p.3).

Continuando o levantamento sobre a presença de “estudantes e/ou outros” para cotejar com ações de integração ensino-serviço utilizamos outra variável do Módulo II do PMAQ-AB para traçar o perfil dos mesmos. Nas falas dos profissionais entrevistados pudemos perceber que a presença de estudantes tem sido bem positiva para a equipe:

Quando a gente recebe aluno, eu acho muito gratificante porque quando a gente ensina, tem alguém observando a gente, a gente tenta fazer melhor. (P6)

A gente fica com outra visão... acho que falta essa. É bom para a gente rever, qual momento eu parei de querer mudar o mundo? Qual a parte eu poderia estar melhorando? Porque eles (os alunos) fazem a gente refletir dessa forma. (P9)

Sempre a unidade cresce muito porque exige do profissional, tanto eu, quanto toda a equipe estude, porque eles perguntam e se você não sabe, vai atrás, se organiza melhor. Então a gente fica mais organizada, você é mais cobrado, então você cresce muito com isso. (P10)

Houve falas de profissionais que pontuaram que a presença dos alunos os incentivou a se qualificar, a buscar conhecimento:

Eu me peguei estudando mais, iniciei uma pós após isso..., implementei coisas na minha atividade diária que eu não tinha com tanta frequência e eles me ajudaram porque algum deles se destacam em algumas questões, aí eu pego daquilo para implementar na atividade do posto.(P8)

O aluno “puxa” de você, a pergunta que ele faz, te faz melhorar, te faz buscar na literatura e quando você busca você se qualifica, (P11)

Além do PET-Saúde, os gestores apontaram receber estudantes de outras ações de integração ensino-serviço, como acadêmicos de medicina, residentes e graduandos de enfermagem, residentes da Residência Médica da Saúde da Família e Comunidade. Existindo também contratos com faculdades, relacionados a estágios curriculares, com presença de

alunos e preceptores:

Temos internato e residência de medicina, alunos da graduação de enfermagem e do curso de técnicos de enfermagem. E temos o PET-Saúde com alunos de medicina, enfermagem e odontologia. (G3)

Temos dois contratos de faculdade de enfermagem (...) eles vêm pra dentro das unidades de saúde da família para fazer de acordo com a grade curricular, a saúde coletiva. E vêm juntos os professores. () os nossos profissionais não são preceptores mas acabam convivendo com os alunos e os preceptores (..)Eles fazem atividades de educação em saúde na unidade. É a contrapartida. (G2)

Na Tabela 17 pode ser observada a distribuição, nos municípios, dos perfis desses estudantes. Resende foi o que mais recebeu estudantes de graduação (57,1% das respostas), seguido de Valença (50,0%) e Piraí (47,1%). Barra Mansa e Pinheiral foram os que mais receberam estudantes de nível médio (50%, cada um). Quanto a receber residentes médicos, Volta Redonda foi o município que recebeu o maior número (33,7%). Um ponto que pode contribuir para esse percentual, é que em Volta Redonda e Valença existem Faculdades de Medicina. A presença de Residentes oriundos de residências multiprofissional, são os que aparecem menos nas EqSF desses municípios, provavelmente por não haver esse tipo de residência na região. As que existem no ERJ estão concentradas na região Metropolitana I, no município do Rio de Janeiro, e na Metropolitana II, em Niterói. Na Tabela 17, podemos acompanhar a distribuição dos diferentes perfis de estudantes e/ou outros nos municípios selecionados:

Tabela 17- Percentual de respostas das EqSF quanto aos diferentes perfis de “estudantes e/ou outros”, nos municípios selecionados da RMP/ERJ

Municípios	Estudantes de graduação	Estudantes de nível médio	Residentes médicos	Residentes multiprofissionais	Pesquisadores	Total de respostas /município
	%	%	%	%	%	
Região Médio Paraíba	37,8	29,2	22,5	3,3	7,2	209
Barra mansa	31,0	50,0	9,5	2,4	7,1	42
Pinheiral	25,0	50,0	8,3	8,3	8,3	12
Piraí	47,1	23,5	17,6	0,0	11,8	17
Resende	57,1	42,9	0,0	0,0	0,0	7
Valença	50,0	40,0	0,0	0,0	10,0	10
Volta redonda	38,5	15,4	33,7	4,8	7,7	104

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Com a análise desses dados, que nos mostraram a frequência de recebimento de “estudantes e/ou outros” e uma noção dos perfis desses, ao realizarmos as entrevistas

procuramos esclarecer essas relações e perfis. Sendo assim, incluímos no roteiro das entrevistas, tanto dos gestores quanto dos profissionais, questões específicas. Procuramos saber, por exemplo, qual o mecanismo de parceria que se estabelecia entre o serviço e a IES, se tratava de uma relação informal ou formal, se era feita através do estabelecimento de convênios ou contratos. Essa formalização entre as instituições é extremamente importante e necessária para estabelecer com transparência as intenções dos dois lados, seus objetivos e quais resultados esperados, tendo por finalidade a qualificação da formação e do serviço.

Estabelecer formas transparentes acaba por fortalecer laços e fomenta a corresponsabilização com a formação de profissionais de saúde. Isso ficou mais potente com a implantação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), em 2007⁵³. O estabelecimento formal de parceria entre os serviços e as IES “devem considerar os processos de trabalho conjunto, os interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades” (BREHMER; RAMOS, 2014, p. 235). No ERJ, as CIES Regionais estão instituídas em cada uma das regiões e têm um papel fundamental de apoio e cooperação técnica junto às Comissões Intergestores Regionais (CIR) no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

O estabelecimento de ações de integração ensino-serviço têm enfrentado algumas dificuldades: instabilidades políticas por conta das trocas frequentes dos gestores; problemas de infraestrutura dos serviços; falhas de comunicação entre as instituições; conflitos diante a indefinição quanto aos compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde; entre outras (FRANÇA et al, 2017; ZARPELON et al, 2018). Numa forma de enfrentamento dessas dificuldades e conflitos entre as diferentes instituições, alguns instrumentos foram propostos, entre eles há o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES)⁵⁴. De acordo com a portaria que o instituiu, o COAPES “compromete a gestão do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e as IES com o desenvolvimento regional no enfrentamento dos problemas de saúde locais e a participação ativa da comunidade”. Sua intenção é garantir o acesso aos serviços que estão sob a gestão local, como cenários de prática para alunos de graduação e de pós-graduação. O estabelecimento desse instrumento evidencia um novo momento nos processos de integração ensino-serviço. Segundo a fala de uma gestora da universidade local:

⁵³ Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES Regional) é a instância de articulação regional interinstitucional que, juntamente com a Comissão Intergestores Regional (CIR), conduz a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM nº1. 996/2007)

⁵⁴ Portaria interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015 - Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A gente tem essa articulação bem feita com o serviço, claro que a gente tem nossas dificuldades, mas a gente tem essa assinatura, essa facilidade de inserção (...) o principal foco é a integração em ensino serviço e comunidade. E aí a gente tem a assinatura do COAPES, e aí com essa assinatura do COAPES a gente tem um plano de atividade para nossos alunos, para dentro do serviço, a gente tenta trazer contrapartidas para o município. (G4)

A questão da importância da relação com as IES se fez presente em todas as falas dos gestores, o que pode traduzir no cumprimento de diretrizes do SUS na questão da formação e integração com ensino. Isso se concretiza ao oferecer as unidades como campo de desenvolvimento de práticas, seja com graduações e pós-graduação da saúde, seja na formação de profissionais de nível técnico em saúde. Quanto ao estabelecimento de parcerias não formalizadas, pode se ter como consequência que, como as relações são informais, as IES podem não perceber o serviço como parceiro na formação dos profissionais, e o serviço pode não perceber a IES como parceira, além de não serem estabelecidos os necessários vínculos e contrapartidas.

Nas entrevistas tivemos vários gestores apontando haver parcerias com alguma IES sem formalidades, o que mostra certa fragilidade nessa relação e principalmente nos resultados quanto a efetividade dessas relações.

Alguns anos atrás era mais formalizado e atualmente, não diria um convênio, mas uma parceria com uma faculdade de medicina. A gente recebe alunos da graduação. (G1)

Eu sempre tenho estagiários de cursos diferentes e até de cursos de técnico de enfermagem. Sempre tenho, eu não tenho um vínculo fixo com nenhuma escola não... Mas os alunos vêm com um pedido da escola, aí a gente só pede para abrir um processo na prefeitura, o processo vem pra mim, eu só delibero a unidade, já vem com carga horária e tudo. E aí nosso enfermeiro faz a supervisão. (G8)

Uma médica nossa é preceptora dos formandos, dos acadêmicos de medicina, então eu tenho na unidade, acadêmicos de quarto ano, (...) Mas isso não tem um convenio com a secretaria... É uma relação dela, ela traz, a secretaria autorizou. (G8)

Temos contratos com faculdades de enfermagem, que são contratos antigos. (...) eles vêm pra dentro das unidades de saúde da família para fazer de acordo com a grade curricular, a saúde coletiva. E vem junto com o professor sempre, o professor sempre está presente, participa das campanhas de prevenção (G2)

Tem um contrato com a universidade local, são contratos de estagio, então assim, tem uma formalidade dentro desses processos, com a universidade local, por exemplo, a gente tem um processo “guarda-chuva” que engloba

todos os cursos. Mas não tem contrapartida. (G7)

A gente acaba sendo campo de estágio para eles, não tão formal quanto no modelo do PET, a gente tenta desenvolver alguns trabalhos com essas entidades para favorecer essa integração de ensino-serviço, aproveitar essa mão de obra e essa vontade que esse aluno está de aprender (...) Faz uma ajuda mútua (G7)

Apenas os municípios que têm ou tiveram o PET-Saúde implantado relataram a formalização no estabelecimento da relação com IES.

A universidade tem um contrato com o município (...) temos diante da universidade, junto com a secretaria de saúde, o credenciamento do PET-Saúde, e o PET tem essa integração. (G5)

Na relação do ensino com o serviço é fundamental garantir que os profissionais das equipes atuem como preceptores dos estudantes, reforçando seu papel de facilitadores de aprendizagem, estabelecendo importantes momentos de troca de saberes e experiências. Essa experiência, de vivências no mundo do trabalho, traz aos profissionais dos serviços de saúde um desafio: aliar a sua prática assistencial à preparação de novos profissionais em conformidade com o modelo de saúde nacional. Esse envolvimento exige um acréscimo de uma formação pedagógica, para além das suas funções técnicas e que deve ser uma função prioritária das IES, tanto na atualização profissional quanto nas suas funções de ensino. Essa deve ser a principal contrapartida nos convênios com as IES (TRAJMAN, 2009, p.25).

Para Oliveira, (2014)

A preceptoria é um ato que ocorre nos serviços com o intuito de ofertar oportunidades de entendimento da realidade social e do mundo do trabalho para os estudantes. O preceptor entende que, para haver um serviço público de saúde condizente com as necessidades sociais, o acadêmico deve experienciar essa realidade e entende que o processo de mudanças da educação na saúde é benéfico para o alcance desses objetivos. (OLIVEIRA, 2014, p.80)

Nesse sentido, o profissional de saúde deve se sentir corresponsável pela formação dos futuros profissionais de saúde. O docente da IES também deve se aproximar do cotidiano das equipes, para potencializar esses espaços de aprendizagem. Os docentes devem tentar “assegurar aos preceptores um processo que contribua para uma reflexão sistemática e bem fundamentada sobre o modelo de atenção à saúde, é preciso uma estratégia educativa que favoreça uma perspectiva emancipadora” (TRAJMAN, 2009, p.31).

Uma reflexão importante sobre a preceptoria é que esta deva ser pensada no contexto da educação permanente em saúde. Ela é um trabalho de mediação entre teoria e prática,

podendo resgatar o potencial de formar o profissional reflexivo, que busca vincular sua prática ao compromisso ético, não se prender a rotinas impensadas e possuir sempre o compromisso de questionar se estão fazendo o melhor para os usuários (RIBEIRO et al., 2012, p. 21).

Em alguns municípios não houve esta integração com a IES, principalmente como nos casos citados onde não são estabelecidas claramente as intenções das IES e do serviço, cabendo ao gestor receber os alunos e estabelecer suas próprias regras para que a passagem do aluno pelo serviço seja minimamente potente.

A gente tenta aqui colocar esses alunos com as equipes que a gente percebe que tem um perfil melhor, a gente tem algumas enfermeiras que dão aula em curso técnico, a gente tenta explorar um pouco esse lado deles, já mais voltado para parte de educação. (G7)

Interessante foi perceber que tanto gestores quanto profissionais apontaram a importância da participação dos profissionais como preceptores, trazendo as seguintes reflexões:

A participação efetiva de quem está no serviço, no ciclo anterior do PET ele trazia até isso como tema, o ensino serviço na troca de conhecimento. Eu fui preceptora (..)G8)

Eu acho positivo, principalmente a questão da troca, porque o aluno estimula o profissional a estar buscando mais conhecimento porque o aluno pergunta, o aluno aborda, o aluno traz a informação(...) (G8)

O aluno te faz refletir e muda, principalmente quando há a integração com o serviço. Já com o internato, a integração não foi tão positiva porque faltou a contrapartida, a colaboração tem que estar muito clara desde o começo (...) Mas de uma forma geral a instituição colaborava com esse serviço, naquilo que a gente precisava, nós precisamos do olhar da instituição e isso eu vejo que nessa experiência recente não aconteceu e isso me incomodou. Esse é um risco, quando acontece a utilização é negativo. É difícil dos profissionais aderirem. (P11)

O aluno traz essa coisa da mudança (...), mas eu acho que nem sempre o profissional aproveita isso ao máximo, acho que tem muito disso: "Ah, que chatice, esse aluno vem aqui me perturbar."...O olhar com que os alunos chegam, com aquela coisa de querer apender(...)eles conseguem ter a visão que nós, que muitas vezes estamos vivendo, não vemos. Porque tá tão imerso no problema ... (G3)

O gestor entrevistado de uma IES também fez uma fala bem positiva da postura diante da responsabilidade que a academia tem na formação dos preceptores:

Então, nosso interesse é tanto fomentar que os preceptores façam pesquisas, porque as experiências exitosas às vezes vêm deles, não da gente que tá aqui, a gente só dá uma cutucadinha. (G4)

Para a IES que investe na relação com o serviço há a necessidade de mudanças nos currículos, para que essa integração possa realmente acontecer. Com relação a discussão de mudanças curriculares e regulação da formação dos profissionais de saúde, apesar de estar presente de diversas formas no Brasil desde 1930, somente ganhou força na década de 1990, chegando às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁵⁵, lançadas em 2001. Pensava-se em formar um profissional que fosse capaz de ser responsável pela continuidade de sua educação e que ajudasse na superação da fragmentação da atenção. Em 2004, todos os cursos do grupo das profissões da saúde nas instâncias de controle social e saúde tiveram suas DCN homologadas. Desde então, várias iniciativas governamentais foram deflagradas sempre se pensando em propiciar aos profissionais em formação uma reflexão a partir da prática (BRASIL, 2001; CECCIM, 2008, p.13). É preciso haver a mudança da academia para se adequar ao mundo real do trabalho e vice-versa.

A IES vai ter que modificar as grades para oportunizar melhor o encontro dos alunos com a prática. (P13)

A nossa instituição de ensino mudou bastante e o futuro é mudar mais, principalmente na área da saúde, com a modificação gradual dos currículos. (P1)

Interessante também foi perceber na fala de gestores, a preocupação com a efetividade das ações de integração ensino-serviço, que deve ter um planejamento detalhado e construído em conjunto avaliando-se as necessidades e os objetivos das duas instituições, como bem pontuou um gestor:

Não era uma questão só de organização do próprio serviço não, mas por entender a necessidade da própria instituição de ensino, porque a gente tem que alinhar a necessidade da instituição com a capacidade do serviço. (G6)

4.2.1.4 Reunião de equipe no campo de prática

Dentre as atribuições dos profissionais das equipes de AB, recomenda-se que os mesmos participem de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe (...) (PNAB, 2017). Também nesse espaço de encontro, devem-se estimular ações de educação permanente, através de discussão de casos e de temas levantados, entre outros. Na medida em que a UBS seja campo de prática

⁵⁵ As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram lançadas em 2001 - BRASIL, 2001).

de estudantes, é importante que estes participassem, tanto pela integração com a equipe, como para conhecer e vivenciar as dificuldades e facilidades daquele processo de trabalho.

Do ponto de vista gerencial, a equipe da ESF identifica situações adversas e/ou necessidades da comunidade, e promove o processo de programação e planejamento local das ações estratégicas, no sentido de promover mudanças positivas na realidade encontrada. Para que essas ações sejam efetivas, espera-se que os profissionais compartilhem o conhecimento sobre as características e os determinantes do processo saúde-doença da população, e criem, com isso, o vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade atendida (RIBEIRO et al., 2012).

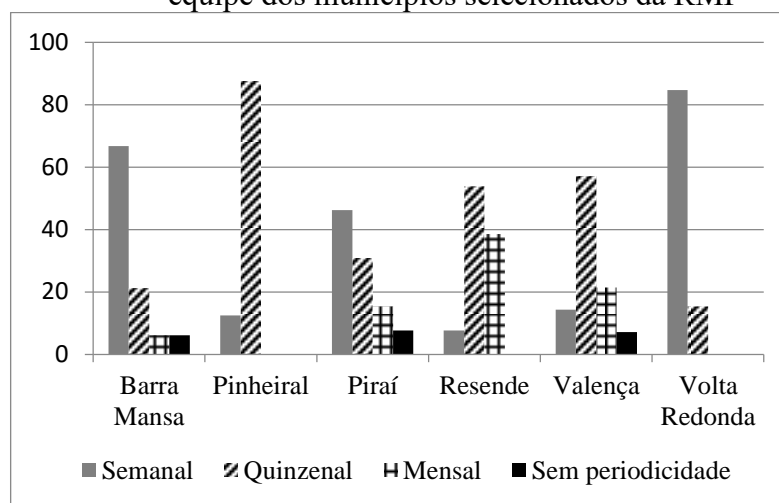
A presença de equipes multiprofissionais na ESF é considerada como:

Estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL 2017 p.13).

Considera-se que o trabalho conjunto dessas equipes seja um dos principais instrumentos de intervenção, “pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico” (SILVA; TRAD, 2005, p. 26). Portanto, para que ocorra a organização do processo de trabalho, o espaço da reunião de equipe torna-se quase que imprescindível, tanto pela possibilidade de reflexão, para a troca de saberes entre os componentes, tanto para que se produzam mudanças na forma de atuação, na tomada de decisão, enfim, na organização do processo de trabalho.

No questionamento presente no Módulo II, se a equipe realizava reuniões de equipe, observou-se que todos os seis municípios responderam que realizavam. A periodicidade das reuniões apontada na RMP foi semanal (55,9%), seguida de quinzenal (31,2%). Esse padrão também esteve presente nos municípios de Barra Mansa, Piraí e Volta Redonda. Em Pinheiral (87,5%), Resende (53,8%) e Valença (57,1%) prevaleceu a periodicidade quinzenal para realização da reunião de equipe (Gráfico 11).

Gráfico 11- Frequência da periodicidade das reuniões de equipe dos municípios selecionados da RMP



Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Apesar de todos os entrevistados declararem que fazem as reuniões, semanalmente ou quinzenalmente, percebeu-se nas entrevistas com os profissionais de saúde que a reunião de equipe tem funções variadas, sendo que a questão da reunião ser um potente espaço de educação permanente não esteve presente nas falas. Outra observação foi que a participação de toda a equipe não está garantida e nos pareceu pouco incentivada. O que ocorre mais frequentemente é a reunião do enfermeiro com os agentes comunitários. Há relato de discussão de caso, pontualmente, com objetivo de orientar os ACS para a visita domiciliar daquele período.

As nossas reuniões lá eu não faço todas as quintas-feiras com todo mundo, não vejo necessidade, então... Às vezes tem uma pauta muito específica para médicos, enfermeiros... Eu que faço a pauta, mas eles têm um momento livre também, sempre deixo, porque se eu ficar só falando, a equipe é muito grande então eu sempre deixo um momento para o desabafo. (P2)

Realizo semanal, só participa a enfermeira e os ACS, não tem pauta, tratam dos problemas surgidos e planejam as visitas domiciliares. (P5)

Quem participa: geralmente os agentes comunitários e a técnica, são sempre os que estão na unidade (...) Agora a gente trabalha em cima das situações que a gente vai encontrando. "Ah, fechei relatório mensal, encontrei que as mulheres não estão fazendo o preventivo; o que a gente pode fazer? (P7)

A gente usa a reunião de equipe para isso, para resolver os problemas internos, os problemas externos, os problemas de pacientes que precisam de assistência maior, essas coisas. Toda a equipe participa. (P3)

Para que haja consolidação das práticas embasadas no trabalho em equipe, e que estas

possam desfrutar da cooperação mútua em harmonia, é necessário interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um de seus membros (DUARTE; BOECK, 2015).

4.2.1.5 Educação permanente (EP) na RMP

A proposta da EP foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde no início dos anos 80, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde. Essa proposta toma como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (Haddad et al., 1994 *apud* PEDUZZI ET AL., 2009, p. 122).

Considera-se a educação permanente como um processo que possibilita promover mudanças na formação de profissionais de saúde e profissionais em formação, pois se fundamenta na concepção de educação como transformação, bem como está centrada:

no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas. (PEDUZZI et al., 2009, p. 123)

O conceito dado pela PNEPS (2004), é:

o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações de serviços, e entre a docência e a atenção à saúde, sendo esse conceito ampliado na reforma sanitária brasileira para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento humano e institucional e controle social em saúde”. (BRASIL, 2004 p.7).

Visto o conceito e a importância para a qualidade do processo de trabalho na ESF, procuramos levantar, primeiramente, no banco de dados as variáveis que nos fornecesse indícios da existência de processos de educação permanente nas equipes dos municípios selecionados. Somente três respondentes do total de 170, da RMP, declararam não ter participado dessas ações no último ano, ou seja, 98,2% participaram de alguma ação de EP, o que é bem positivo pela possibilidade das equipes estarem se atualizando continuamente e em processos reflexivos. Fizemos também o levantamento sobre quem organizou essas ações de EP, analisando através das respostas a esses questionamentos no Módulo II do PMAQ-AB,

cujos enunciados eram: “No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: ...”. Nesta questão aceitava-se mais de uma resposta. (Tabela 18).

Tabela 18 – Quantitativo de respostas dos municípios da RMP de quem organizou ações de EP no último ano - RMP

Municípios da RMP	Gestão Municipal		Gestão Estadual		Pela própria equipe		Por outras equipes		Pela Universidade		Total de respostas por município
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RMP	161	29,1	96	17,4	137	25	94	17	65	11,8	553
Barra Mansa	33	32,0	19	18,4	27	26,2	20	19,4	4	3,9	103
Pinheiral	7	26,9	2	7,7	8	30,8	7	26,9	2	7,7	26
Piraí	12	29,3	8	19,5	13	31,7	2	4,9	6	14,6	41
Resende	13	39,4	6	18,2	9	27,3	5	15,2	0	0,0	33
Valença	12	35,3	7	20,6	8	23,5	1	2,9	6	17,6	34
Volta Redonda	58	23,8	43	17,6	51	20,9	47	19,3	45	18,4	244

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

(*) Múltiplas respostas= total de respostas na RMP= 553

Observa-se que nos municípios da RMP a “Gestão Municipal” foi quem mais proporcionou as ações de EP, o que corrobora com a percepção de que ações de EP são deflagradas pelo gestor e traduzidas principalmente por ações de capacitações pontuais, cursos, treinamentos, e que poderiam significar ações de Educação Continuada (EC) e não de EP, havendo conceitos e significativas diferenças entre elas. Uma dessas diferenças principais é que as ações de EC, ao contrário da EP, são pautadas por uma concepção de educação como transmissão de conhecimento. Segundo Peduzzi et al. (2009), a EC é:

Pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional. (PEDUZZI et al. 2009 p. 123)

As ações de EC têm sua importância para as equipes, principalmente pela possibilidade de atualizações técnicas específicas de cada categoria, mas não configuram uma reflexão sobre a realidade e sobre as necessidades das equipes, que são a base da educação permanente. A oferta de educação permanente, enquanto uma ferramenta da gestão do trabalho contribui com a valorização, satisfação do trabalhador, bem como a qualificação do processo de trabalho. (SEIDL et al., 2014, p. 100)

Outro ponto que levantamos foi saber a participação das IES na promoção de ações de EP nas EqSF dos municípios selecionados. Observou-se que foram poucos os municípios

onde a Universidade foi a organizadora das ações de educação permanente. De qualquer forma, para nosso estudo foi importante essa informação, pois nos forneceu indícios de que esse resultado pudesse ser a contrapartida das IES para as equipes, o que seria um ponto importante na questão da integração da universidade com as equipes. Interessante nessa tabela é perceber que nos municípios onde tem (ou teve) o PET-Saúde, houve a organização de ações de EP pela universidade, como nos municípios de Barra Mansa, Piraí, Pinheiral, Valença e Volta Redonda.

A resposta positiva da maioria (98,2%) dos respondentes apontando que havia participado de ações de EP também nos instigou a aprofundar a análise e fez parte do roteiro das entrevistas, tanto dos gestores, quanto dos profissionais dos municípios selecionados. Percebeu-se pelas respostas que existem diferentes conceitos de EP e diferentes formas de executá-la. Pelas falas dos profissionais há uma relação direta com realizações de capacitações e treinamentos específicos, relacionados às necessidades sentidas ou pela agenda do MS, ou mesmo da gestão municipal, ou seja, ações de EC.

Para montar a pauta das capacitações, a gente segue a agenda do Ministério, e daí converso com os ACS sobre as dívidas de cada ação. Agosto é o aleitamento, outubro rosa, etc (P7)

Até tem, quando a gente traz esses cursos. Agora a gente teve uma capacitação, sempre tá acontecendo algum tipo de capacitação dentro dos nossos serviços, mesmo com os nossos coordenadores, com outra gerencia, outros programas ou que a gente vai implantar de novo...(G7)

Para alguns a tradução de EP é a realização de cursos de capacitação ou no máximo alguma discussão de caso, que acontece mais entre o enfermeiro e seus ACS. Eles usam esse recurso, principalmente, para planejar e orientar as visitas domiciliares, o que é importante para o planejamento das ações, mas perde qualidade por não abranger a equipe como um todo. Quando perguntamos diretamente sobre de que forma aconteciam as ações de EP, percebemos que para alguns a responsabilidade de promover ações de EP se restringia a ter um departamento ou um órgão no nível central que desse conta de promover essas ações:

Existe a reunião de equipe mas não acho que seja um bom espaço de educação permanente. Existe agora no município uma coordenação que está estudando essa questão. A participação ainda não é de todos da equipe. O médico não participa. (P12)

Hoje a gente aqui não tem na secretaria, a gente tá até trabalhando para criar isso, um setor específico de educação permanente, (G7)

Mas também encontramos em algumas falas uma tênue ligação das reuniões de equipe

com processos de EP:

Educação permanente? Na reunião a gente abre para tudo, tanto para discutir os problemas como para discutir estratégias, para ajudar os grupos que a gente monta, tudo é falado e discutido em reunião... (P4)

.. E aí tem os temas que nós trazemos como discussão, como as propostas, falamos do serviço, falamos da rede e sempre para o encontro seguinte, essa pauta coletiva nós tiramos um consenso coletivo... sugerimos, obviamente, e também trazemos aquilo que eles trazem como sugestão. Podemos dizer que pode ser considerado um espaço de educação permanente. Pois fazemos isso, discussão de casos. E também discussão também da própria rede, né!? (G5)

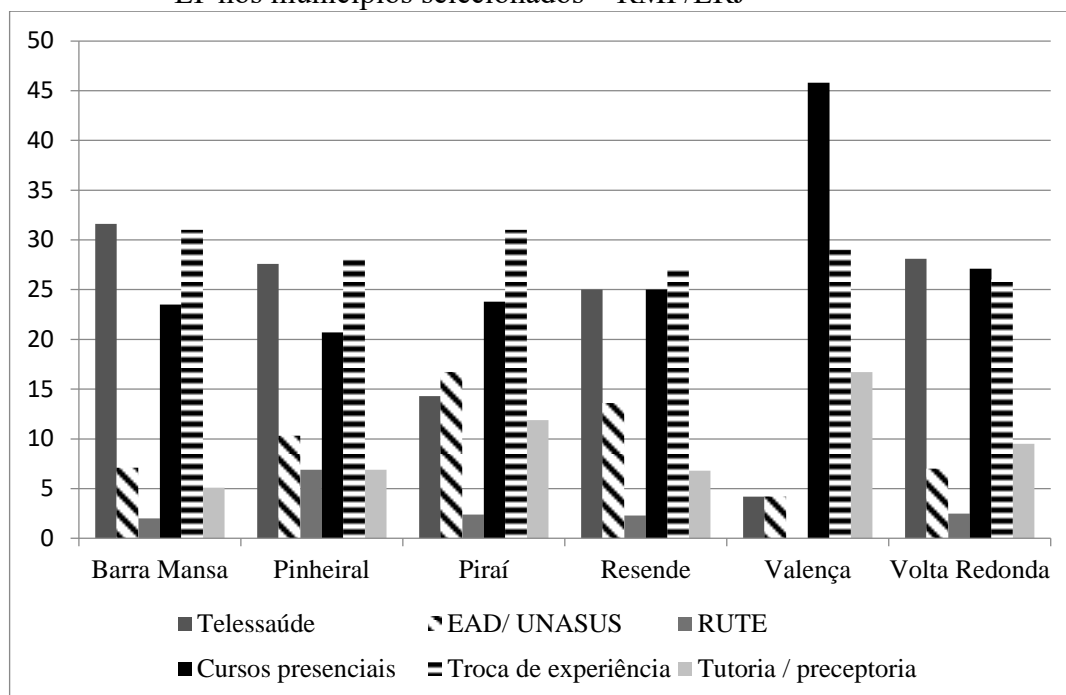
A partir dos dados (Gráfico 12) a seguir, observa-se que em Barra Mansa e Volta Redonda, o maior número de participação de EP foi através do Telessaúde⁵⁶ (31,6% e 28,1%); em Pinheiral foram o Telessaúde e a Troca de Experiência (27,6%); em Piraí e Resende foi Troca de experiências (31,0% e 27,3%); e em Valença foi Cursos presenciais (45,8%)

Destacamos a resposta quanto a “troca de experiências” apontadas pelos municípios como ações de EP, pois essa ação poderia ser uma possibilidade de rompimento da prática mais segmentada e descontextualizada, e se estivesse incorporada no cotidiano do trabalho, “cumpriria com os objetivos de reorientar a educação dos trabalhadores por meio da educação problematizadora e da aprendizagem significativa” (PAULINO et al., 2012 *apud* MACHADO et al., 2015, p. 109). Caso isso ocorresse, tenderia a impulsionar o movimento hegemônico de educação em saúde e o processo de transformação da cultura da saúde (ROVERE, 2005, *apud* MACHADO et al., 2015, p. 109).

No Gráfico 12 também encontramos outra informação importante para se levar em conta quando pensamos em integração ensino-serviço, que são as respostas de que a participação em ações de EP ocorreu através de “tutoria/preceptoria”. Apesar de ter sido um percentual pequeno, em três dos municípios, essa ação foi significativa: em Valença foi de 16,7%, Piraí de 11,9% e em Volta Redonda de 9,5%, o que pode vir a configurar a presença da integração dos profissionais das IES nas EqSF. Nessa questão eram apresentadas todas as ações e o respondente podia assinalar mais de uma.

⁵⁶ A definição do Telessaúde pelo MS: componente da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) para o Brasil, e tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS”. (MS, 2019)

Gráfico 12 – Percentual das respostas das EqSF, quanto a participação em ações de EP nos municípios selecionados – RMP/ERJ



Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

(*) Questão de múltiplas respostas

Ainda com relação a EP, tendo em vista todo investimento na implantação de tecnologias da informação que objetivam aumentar o acesso para a aprendizagem quebrando a barreira da distância, fizemos um levantamento da questão⁵⁷ sobre o Telessaúde, a partir do questionamento sobre qual ferramenta das EqSF utilizavam.

Das 132 respostas na RPM que apontavam o Telessaúde como ação de EP, procuramos saber quais ferramentas do Telessaúde eram utilizadas pelas equipes. As respostas da RMP indicaram a Tele-educação como a ferramenta mais utilizada (40,0%). Segundo consta na página do MS⁵⁸ essa ferramenta disponibiliza acesso a temas de saúde, ministrados à distância com foco na aprendizagem no trabalho. Pirai mostrou um perfil diferente dos outros municípios, pois os resultados sugerem que suas equipes acessam três das

⁵⁷ A pergunta constava no Módulo II da seguinte maneira: “A equipe utiliza o telessaúde para: segunda opinião formativa, telediagnóstico, teleconsultoria e/ou tele-educação”.

⁵⁸ <https://www.saude.gov.br/telessaude>, acesso em 6 de fevereiro de 2020

ferramentas do Telessaúde na mesma intensidade: 2ª opinião, Teleconsultoria⁵⁹ e Tele-educação⁶⁰ (30%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Frequência das respostas quanto às ferramentas utilizadas do Telessaúde, pelos respondentes das EqSF dos municípios selecionados da RMP

Municípios	2ª opinião formativa		Telediagnóstico		Teleconsultoria		Tele-educação		Total (*)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RMP	61	20,7	48	16,3	67	22,8	118	40,1	294
Barra Mansa	13	17,3	16	21,3	16	21,3	30	40,0	75
Pinheiral	4	22,2	3	16,7	3	16,7	8	44,4	18
Piraí	3	30,0	1	10,0	3	30,0	3	30,0	10
Resende	4	19,0	2	9,5	5	23,8	10	47,6	21
Valença	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Volta Redonda	27	20,5	22	16,7	33	25,0	50	37,9	132

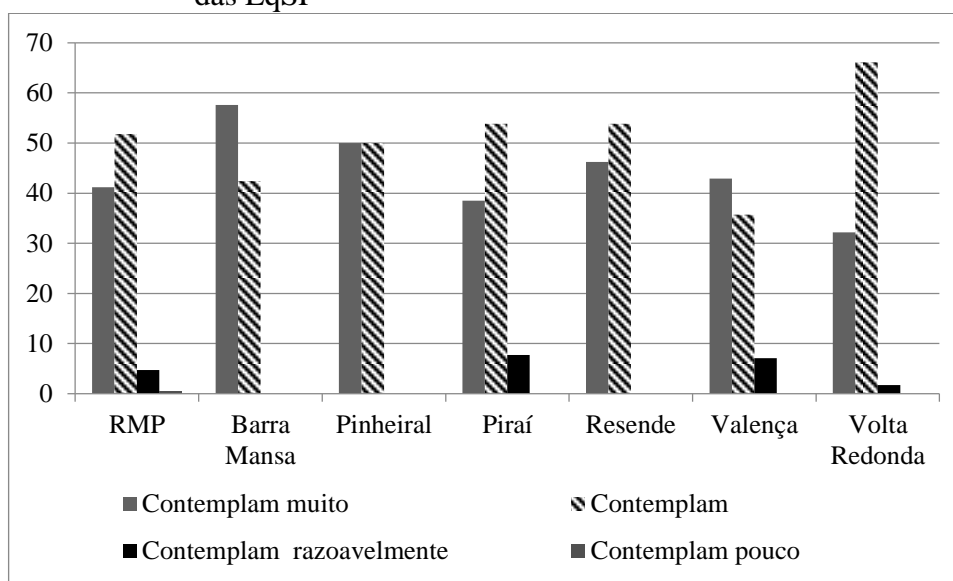
Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

A última pergunta quanto às ações de EP nas equipes levantava a opinião dos respondentes se as ações de EP que eles participaram no último ano contemplavam as necessidades apontadas pelas EqSF. Havia na questão uma gradação e, conforme o gráfico a seguir, observa-se que na RMP, 51,8% declararam que essas ações “contemplam” e 41,2% “contemplam muito”; da mesma forma, os municípios de Piraí (53,8%), Resende (53,8%) e Volta Redonda (66,1%). Em Barra Mansa e Valença, as respostas foram de que as ações de EP “contemplam muito” (Gráfico 13).

⁵⁹ Consultoria registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho em saúde, podendo ser em tempo real ou por meio de mensagens offline.

⁶⁰ Disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde, ministrados a distância por meio de TICs, com foco na aprendizagem no trabalho, que por sua vez, ocorre transversalmente em seus campos de atuação.

Gráfico 13 – Distribuição do percentual de respostas dos municípios selecionados quanto ao alcance das necessidades de EP das EqSF



Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

4.2.1.6 A infraestrutura das UBS

A ambiência das UBS refere-se ao ambiente físico arquitetonicamente organizado e pode configurar-se como um indicador de prazer ou sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho (GLANZN; OLSCHOWSKY, 2017). Ela se caracteriza como uma importante ferramenta facilitadora do processo de trabalho das equipes de saúde e consiste no conjunto de espaços físico, social, profissional e de relações interpessoais que juntos proporcionam uma “atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010b).

A infraestrutura pode influenciar inclusive no andamento das relações da IES com o serviço para as equipes que recebem profissionais em formação, pois estes também acabam interferindo no espaço da UBS. Sendo assim, é preciso um mínimo de estrutura para que as relações possam ser potencializadas, não atrapalhando o fluxo e o atendimento aos usuários. Nas entrevistas com os gestores e profissionais, quando perguntamos sobre a influência da presença de estudantes, foram apontadas algumas dificuldades relacionadas a falta de planejamento prévio e de limites físicos de suas unidades.

De negativo, o que acontece, é muita gente. A gente explica direitinho pro paciente e o paciente fica meio intimidado, meio com vergonha. (P6)

Eu só acho assim, que às vezes são muitos porque a unidade, não é pequena não, mas às vezes as salas ficam pequenas, eles participam em grupos () Então eu acho que é uma coisa, até para a gente mesmo se organizar melhor em relação a isso, para a gente fazer uma escalinha...(P3)

A secretaria de saúde ela tem convenio com instituições de ensino superior e técnico, então às vezes, numa mesma unidade, tinha alunos de varias instituições de ensino e não era uma questão só de organização do próprio serviço não, mas por entender a necessidade da própria instituição de ensino, porque a gente tem que alinhar a necessidade da instituição com a capacidade do serviço...(G6)

Com essas considerações fizemos um levantamento de algumas variáveis constantes no Modulo I do PMAQ-AB, que foram: existência de sala de atividades coletivas, existência de computadores, acesso à internet e qualidade da banda larga nas UBS que participaram do Ciclo 2 e 3. Na RMP o total de UBS que participaram dos dois ciclos foi de 159, destas, 59,7% receberam estudantes e/ou outros”. O resultado foi que em todos os seis municípios haviam computadores, porém, quanto a conectividade, em Barra Mansa, somente havia em 18% dos computadores, e em Valença nenhum computador tinha o acesso a internet. A presença de salas exclusivas esteve mais presente em Piraí (80%), Pinheiral e Valença (75%). Podemos observar as três variáveis de infraestrutura na Tabela 20:

Tabela 20 - Frequência de salas exclusivas, computadores e acesso a internet nas UBS dos seis municípios selecionados – RMP/ERJ

Municípios da RMP	UBS com alunos e outros		Possui sala de atividades coletivas	Possui computadores	Tem acesso a internet	Esse acesso é suficiente?
	N	%				
Barra Mansa	22	66,7	27,3%	100%	18,2%	18,2%
Pinheiral	6	75,0	50,0%	100%	100%	100%
Piraí	8	80,0	37,5%	100%	100%	75,0%
Resende	3	30,0	0	100%	100%	100%
Valença	7	75,0	14,3%	100%	0	0
Volta Redonda	27	50,0	59,3%	100%	92,6%	77,8%

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

Destacamos que a adequação da infraestrutura das unidades, quanto à melhoria dos espaços físicos, equipamentos e materiais disponíveis, deve ser contínua, fazendo parte da agenda do gestor. Quando se propõe a receber profissionais em formação, deve-se também se levar em conta para que o ambiente qualifique esses encontros.

4.2.3 A experiência com o PET-Saúde na RMP

O PET-Saúde, que tem como pressuposto a educação pelo trabalho, foi instituído no âmbito do MS e do MEC, em 2008 e hoje se constitui como uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional. (FRANÇA et al, 2018, p. 288)

Portanto um dos pontos mais importantes neste estudo foi levantar as questões sobre o PET-Saúde, junto aos gestores e profissionais dos municípios selecionados. Essa importância tem origem em um dos objetivos desse programa, que tem a integração ensino-serviço como fio condutor, sendo fundamental para o alcance de nosso objetivo geral.

Sendo assim, no roteiro das entrevistas (Apêndice A), havia perguntas gerais sobre integração ensino e serviço, e diretamente sobre a experiência com o PET-Saúde. No desenvolvimento das entrevistas tivemos oportunidade de entrevistar profissionais de saúde que estavam (ou estiveram) como preceptores de alunos e pudemos também entrevistar docentes, além de coordenadores do Programa, tanto pela IES como pela SMS. Dos seis municípios visitados, cinco receberam alunos do PET-Saúde em algum momento, desde o 1º edital, até o atual. Dois municípios participaram de todos os editais do PET-Saúde, dois participaram de três editais e um participou somente de um edital. De um modo geral as falas confirmaram que “a integração auxilia os serviços no desenvolvimento de ações e na capacitação dos profissionais, melhorando a qualidade do cuidado”. (KUABARA et al, 2014, p.195)

Na fala dos gestores ficou bem claro essa importância do PET-Saúde, no sentido de que ele viabilizava o encontro e a participação da academia junto aos serviços e vice-versa, e de certa forma constatou-se que a integração com o serviço, do ponto de vista da academia, pode reduzir a dicotomia teoria e prática e a aproximação com os princípios do SUS. (KUABARA et al, 2014)

Na época do PET, teve um trabalho com a farmácia (...) foi uma coisa trazida pela universidade, que tem a capacidade de fazer esse movimento, de fazer esse processo de educação permanente, vamos ver o que está acontecendo, ver as pesquisas. Somos um município muito pequeno, então o problema todo é esse: sempre nós que somos responsáveis pelas mesmas coisas (...) a universidade ajudava muito a gente, foi um período muito bom. (G1)

Eu acho que a importância do PET é isso, você cruzar olhares diferentes para um mesmo foco, para um mesmo objetivo que é o cuidado. Eu creio que só temos a ganhar. Como os alunos do PET ficam mais tempo nas unidades, tem essa vantagem, se perdura por mais tempo (...)(G3)

Eu gosto bastante desse modelo do PET, eu acho que ele tem uma contribuição com o serviço, se a equipe entender bem qual é a proposta e absorver o que essa universidade traz, a gente consegue uns trabalhos muito legais, uma troca mesmo, muito interessante para a faculdade. Para o acadêmico essa troca é rica. Agente não tem noção do que vai viver aqui fora e quando a gente vem para a prática e vivencia aquilo ali, você sai mais enriquecido. (G7)

Já havia sido preceptora do PET e agora estou Coordenadora pela Universidade. Tem sido uma experiência desafiadora, na ideia de integrar mesmo o ensino e o serviço, bem como a comunidade. A gente entende que o PET ele tem duas oportunidades: aprendizado na prática, às vezes os cursos da área da saúde eles demoram a levar o aluno para a realidade, uma pratica mais extensionista, mas uma pratica também de muita evidencia, de iniciação científica, junta as duas coisas que são importantes para esse aluno. Então nosso interesse é fomentar que os preceptores façam pesquisas, porque as experiências exitosas às vezes vêm deles não vem da gente que tá aqui, a gente só da um cutucadinha (G4)

Assim como os gestores, a maioria dos profissionais entrevistados que tiveram ou estão envolvidos diretamente com esse programa, apontaram sua importância e a relevância, principalmente quando são estabelecidos espaços de encontro, onde ocorrem o diálogo entre o trabalho e a educação e estes assumem “lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado” (ALBURQUEQUE et al., 2008, p. 358).

(..) Integração total! Os alunos participam juntos do planejamento e das ações e realizam ações junto. Nós tomamos parte da equipe, nós temos de cuidar dessa comunidade junto com a equipe do serviço (P1)

Como sou o(a) preceptor (a), interajo direto com os profissionais da equipe, através dos alunos e das propostas de trabalho deles. Desenvolvemos juntos diversas atividades, na UBS, na comunidade e em escolas do município. (P13)

Tem várias coisas: te motiva a estudar mais, porque aluno é questionador por natureza, tem que ser, eu até falo para eles... Eu me peguei estudando mais, iniciei uma pós após isso (...), implementei coisas na minha atividade diária que eu não tinha com tanta frequência (P8)

Fui preceptora do PET-Saúde, na minha visão de assistência eu tinha uma ideia que eu era um daqueles alunos (...), eu era responsável em contribuir com a formação deles. Isso foi a visão que eu tinha naquele momento. (...)fazíamos parte de um tema de pesquisa dentre vários. (...) Nós tínhamos encontros com outros professores da universidade, estudávamos, líamos os artigos. (P11)

PET-Saúde. Era muito bom porque a gente fazia mesmo essa... Eles tavam sempre fazendo, tavam com a gente o tempo inteiro e a gente fazendo sala de espera, fazendo palestras, visitas. Nas visitas domiciliares eles iam com a gente, nas visitas de rua eles iam com a gente. Era bom, a gente tinha esse

retorno com a faculdade e a gente tinha uma reunião de 15 em 15 dias lá, para a gente estar passando, vendo o que precisava ser melhorado, os programas... E sempre fazia algumas coisas com a comunidade também (...) (P9)

Outro ponto percebido nas falas dos profissionais que tiveram ou têm o papel de preceptor do PET-Saúde é a sensação de pertencimento e de corresponsabilidade na formação de estudantes. Essa relação entre os processos de ensino e a vivência no campo de prática da ESF tem influência direta na formação de profissionais. Com certeza, ela propicia “vivenciar os desafios de materialização dos princípios do SUS na atenção básica em saúde, estimulando a formação de recursos humanos para atuação na rede de serviços do sistema” (PIZZINATO et al, 2012, p. 176).

Atualmente sou preceptor (a) do PET-Saúde. Ah, é muito bom. Você tá achando que você tá ajudando, que você tá fazendo algo que realmente gosta de fazer, de saber que está sendo útil, criando alguém. (P1)

Eu gostei muito dessa participação no PET, porque os alunos, eles ficam mais seguros, eles saem da faculdade com uma experiência que na verdade, eu não tive essa oportunidade (...), a gente sai mesmo com um olhar diferenciado e eles ficam mais... Como se diz... Eles têm a visão mesmo daquilo que é real. Da real... Saber, como lidar com a população, de ver as necessidades da população. (P9)

Hoje eu observo que toda equipe (...) eles tem segurança porque eles estão convivendo com pessoas que estão questionando o tempo todo e eu percebi que eles também corriam atrás para tentar responder...Então, eles têm orgulho de estar contribuindo para a formação dos alunos, eu percebi isso muito claro e ainda percebo hoje. (P10)

Fica evidente pela fala da maioria dos profissionais entrevistados que a presença de alunos nas equipes mobiliza bastante tanto o processo de trabalho quanto os profissionais em se qualificar.

Acho que foi uma experiência, tanto pra questão da qualificação profissional no sentido de seguir protocolo, estudar um pouco mais, porque os professores vinham... Teve troca de “Vamos fazer o protocolo da criança.... (...) Tinha isso, tinha as pesquisas que eles desenvolviam e os profissionais estavam envolvidos, acho que isso desperta, porque para quem não estudou e não teve oportunidade de estudar numa universidade que fazia pesquisa... Foi uma oportunidade de eles participarem das pesquisas (...) acho que nessa época foi muito intensa a produção, aí tinha seminários de experiências exitosas, então as pessoas tinham vontade de fazer no serviço alguma coisa diferente...(P12)

Integração! Permite que a instituição de ensino esteja com o aluno dentro da unidade de saúde e a forma melhor que ela encontrou para garantir a integração foi o preceptor ser o profissional de saúde. O PET foi um marco extremamente positivo para a IE (P1)

Por esses aspectos, percebe-se que o processo ensino-aprendizagem em serviços apresenta aspectos muito diferenciados: das relações, que se ampliam para além dos docentes; do conteúdo, que se insere em questões ligadas às relações sociais estabelecidas na vivência com o cotidiano das equipes. O objetivo dessa vivência seria de “conjuguar o processo indutivo de conhecimento, parco em generalizações, ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima” (GARCIA, 2001, p. 90).

Por último, nessa dimensão do PET-Saúde, em nossas entrevistas procuramos levantar as opiniões dos profissionais e gestores quanto a influência da presença de profissionais em formação no processo de trabalho das equipes, tentando identificar pontos positivos e as dificuldades enfrentadas. Mais uma vez, vários depoimentos refletiram o papel do PET-Saúde como uma política de integração. Parece haver, para quem está a frente de ações de integração ensino-serviço, uma certa aposta na possibilidade de: “construção do novo, onde todo o produto e o fruto são compartilhados, onde não há uma academia que se utiliza do serviço como local de estágio, nem um serviço que se utiliza do estudante como “mão de obra”” (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011, p. 26).

Os pontos positivos que a gente poderia tirar, poderia colocar, então, isso me motivou muito e está me motivando. Nunca pensei em estar ensinando e ajudando eles... Aí que eu comecei a pensar nessa coisa, então eu posso levar disso é: motivação! (P8)

Hoje eu observo que toda equipe, não to falando só dos agentes, que eles têm um conhecimento mais amplo na hora de orientar... eles tem segurança porque eles estão convivendo com pessoas que estão questionando o tempo todo e eu percebi que eles também corriam atrás para tentar responder...Para não fazer feio (P10)

Muda mesmo a dinâmica, não acho que atrapalha, acho que te faz querer fazer melhor, a gente pensa mais no padrão, procura ter uma qualidade e precisa ter uma organização melhor. O aluno entendendo bem o papel dele ali já é muito importante, para que isso já comece alinhado. O aluno “puxa” de você, a pergunta que ele faz, te faz melhorar, te faz buscar na literatura e quando vc busca você se qualifica (P11)

A IE mudou bastante e o futuro é mudar mais, principalmente na área da saúde, com a modificação gradual dos currículos. (P1)

A IE vai ter que modificar as grades para oportunizar melhor o encontro dos alunos com a prática. Pp por conta do PET-Saúde. (P13)

Fechando essa discussão sobre o PET-Saúde, vale ainda refletir que para a construção de um modo diferenciado de organizar e praticar a atenção à saúde, é preciso um perfil de

profissional diferenciado, e para isso as relações entre a academia e o serviço devem ser estreitadas, num agir efetivamente compartilhado. Como aponta Albuquerque et al. (2008),

não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço.(...) É necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (...) Essa transformação pressupõe trabalho em equipe, acolhimento dos usuários, produção de vínculos entre eles e as equipes, responsabilização com a saúde individual e coletiva, atendimento das necessidades dos usuários, assim como a resolubilidade dos problemas de saúde detectados. (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 361)

4.2.4 O PMAQ no campo de prática

Em 2011, o MS estabeleceu o PMAQ-AB e já ocorreram três ciclos de verificação do desempenho das EqSF do Brasil. Considera-se o PMAQ-AB como um modelo de avaliação de desempenho que “propõe mensurar efeitos da política de saúde, visando a vincular o resultado da avaliação de desempenho das equipes a repasses financeiros para o gestor municipal e, com isso, mobilizar a tomada de decisão para promoção da melhoria da qualidade e do acesso” (BEZERRA; MEDEIROS, 2018, p. 189).

O Programa foi construído para ocorrer em etapas e fases, sendo uma delas, denominada de Avaliação Externa (AE), que se refere a uma pesquisa de campo. Para o levantamento de informações no campo da prática, foram criados instrumentos (módulos) de avaliação e a pesquisa foi realizada através de entrevistas fechadas, com profissionais representantes das EqSF, que aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB, além de entrevistas com usuários. Essas entrevistas alimentam um banco de dados nacional, que serve de base para o MS fazer a certificação das equipes, concluindo o ciclo avaliativo. Esse banco posteriormente é publicizado na página do MS.

Neste estudo cotejamos os dados dos dois últimos ciclos (2 e 3), criando um outro banco somente com as equipes que participaram dos dois, na hipótese de que essas equipes acumularam experiência em processos avaliativos, tendo maior chance de refletir sobre a organização de seu processo de trabalho.

O PMAQ-AB além de possibilitar diversas análises por possuir um número considerável de variáveis, seja sobre o processo de trabalho das equipes, seja sobre infraestrutura das UBS, ou sobre o ponto de vista dos usuários, também apresenta potencialidades ao retratar a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade, embora

tenha fragilidade em não conseguir detalhar quais são essas ações. Com essa preocupação, incluímos em nosso roteiro de entrevistas do estudo de caso em municípios da RMP, questionamentos que pudessem nos levar a entender a relação das dimensões do PMAQ-AB no que diz respeito a integração ensino-serviço na realidade das equipes entrevistadas, principalmente tentando relacionar a presença de estudantes nas equipes com os resultados do PMAQ-AB.

Como a integração ensino-serviço representa o trabalho pactuado e integrado por diferentes atores desses dois mundos, há uma estreita relação entre a rede assistencial e as instituições de ensino, que: “representando um dos pilares da educação na saúde, acumulam a responsabilidade de formar profissionais e promover mudanças na orientação dos cursos através da implementação das diretrizes curriculares nacionais nas graduações de saúde” (BEZERRA; MEDEIROS, 2018, p. 199). Também essa integração pode resultar, de forma direta, numa melhoria dos serviços e da organização e, indiretamente, através do fomento à qualificação dos profissionais do serviço. Segundo estudo desenvolvido por Ferreira et al (2018, p. 7), os profissionais das equipes que participaram do PMAQ-AB tiveram a percepção que ele trouxe “melhorias diretas nos processos de trabalho das equipes e na gestão das informações em saúde, pois tem permitido reflexão, autoavaliação, planejamento, integração entre os profissionais e convergência nas ações realizadas pela equipe”.

Inicialmente realizamos um levantamento no banco de dados, sobre o entendimento das equipes quanto a potência do PMAQ-AB em influenciar no planejamento e no processo de trabalho das equipes. Escolhemos para isso uma pergunta que havia no Módulo II – se os resultados do ciclo anterior do PMAQ-AB foram considerados para o atual planejamento de suas ações. Observando as respostas pode-se perceber que houve uma incorporação dos resultados na organização (ou reorganização) dos processos de trabalho das EqSF que participaram dos ciclos do PMAQ-AB. Na RMP, 88,2% das EqSF participantes consideraram os resultados em seus planejamentos. Quanto aos municípios da nossa seleção, tanto em Barra Mansa quanto em Pinheiral, 100% dos respondentes apontaram terem considerado os resultados para a organização do processo de trabalho, seguidos de Piraí e Resende com 92,3% (Tabela 21). Esse resultado assinala a importância na participação desse processo avaliativo.

Tabela 21- Distribuição das respostas das equipes quanto a consideração dos resultados dos dois ciclos na organização do processo de trabalho da equipe em municípios selecionados - RMP

Regiões	Total de EqSF	Consideraram os resultados do Ciclo 2 do PMAQ-AB	
		N	%
RMP	170	150	88,2
Barra Mansa	33	33	100,0
Piraí	13	12	92,3
Pinheiral	8	8	100,0
Resende	13	12	92,3
Valença	14	9	64,3
Volta Redonda	59	50	84,7

Fonte: Elaboração própria a partir de SAPS/MS, 2019

O PMAQ-AB pode ser considerado uma estratégia que possibilita o monitoramento e a avaliação de várias áreas do processo de trabalho das EqSF, e uma delas é o acompanhamento de políticas de valorização dos profissionais e da sua formação. Desta maneira: “O PMAQ-AB converge nessa direção, apesar de limites apontados, passíveis de superação através de diálogo com as diretrizes, os princípios e ações de implementação propostas pela política de GTES⁶¹” (BEZERRA; MEDEIROS, 2018, p. 200).

Uma das perguntas de nosso roteiro solicitava uma reflexão do gestor sobre quais efeitos na organização e nas práticas de AB eram decorrentes da participação das EqSF no PMAQ-AB. Todos os gestores entrevistados afirmaram a importância do PMAQ-AB em seu município, principalmente como uma ferramenta para organizar o processo de trabalho e os registros. Declararam também que muitos processos foram modificados e melhorados ao longo dos três ciclos e que se inseriram no cotidiano das equipes.

Qualquer avaliação tem suas fragilidades, né!? E aí nem sempre vai corresponder com o que você identifica como um problema, mas era um material que realmente mudou a lógica e até hoje serve para gente como uma base de discussão de coisas, às vezes é uma fala muito comum, por exemplo, vamos pegar o caderno do PMAQ, olha lá, vamos ver o que tá preconizado para atenção básica! (G1)

Particpei como coordenadora de unidade e foi muito bom, porque consegue ajudar a gente organizar o processo de trabalho, fazer registro mais preciso, focar em mais alguns registros que as vezes passava despercebido, então eu creio que ajudou bastante. (G3)

Quando você vai lá e olha o padrão estratégico, padrão essencial, você vai

⁶¹ GTES = campo da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

trazendo isso para organização de serviço, planilhar essas coisas. Nós mantemos ainda hoje dentro da questão do PMAQ, depois que ele foi implantado, teve uma organização ainda maior sobre isso, (G5)

A gente teve uma mobilização dentro do município para receber o PMAQ que realmente é um trabalho em equipe que aquilo ali mobilizou todo mundo, todo mundo deu importância ao trabalho que acontece dentro da atenção básica, e aí isso pra mim, acho que é muito gratificante ver as pessoas se importarem com o que você faz. (G7)

Ao mesmo tempo em que assinalavam esses pontos positivos, alguns gestores tinham certa crítica à etapa de Certificação, pois achavam que não refletia a realidade, sendo uma avaliação instantânea. Quanto a esta etapa, as equipes participantes no PMAQ-AB são certificadas, conforme o seu desempenho, considerando três pontos: a implementação de processos de autoavaliação, a verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados quando houve a adesão ao programa e pela verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa). (BRASIL, 2015a, p.51)

Às vezes, por todos os PMAQ que eu passei, eu acho que a gente não tinha a tradução real do que a gente fazia no município, isso para mim era meio que frustrante no PMAQ, isso com relação a certificação... Eu acho que o resultado do PMAQ ele não traduzia o que de fato os municípios realizaram, por conta desse formato de retrato... por mais que ele vinha avaliar só esse momento não traduzia, as vezes alguma coisa escapava ali na hora e você perdia alguma coisa. (G7)

Nas entrevistas com os profissionais das equipes e preceptores, a avaliação da participação no PMAQ-AB se aproximou do que os gestores apontaram. A pergunta no roteiro procurou também que eles fizessem uma relação entre ter participado do PMAQ-AB e efeitos na organização do processo de trabalho de suas equipes.

Mas eu acho assim, a gente se organizou melhor, eu acho que até os profissionais passaram a registrar melhor, o sistema de informação ficou bem melhor para a gente estar tirando relatório, os números foram mais fidedignos. (P10)

Eu vejo como um norte, um parâmetro, como algo que precisamos ter para se balizar. Acho que de positivo é isso. Nós aqui procuramos usar essas balizas até hoje, mesmo que não haja mais o ciclo, não haja mais a avaliação, mas ficou como uma marca. (P11)

Eu acho que organizou muito, uniformizou o processo de trabalho (P12)

Ensinou a gente trabalhar (P6)

Muitas coisas, com a passagem do PMAQ, a gente conseguiu implantar na unidade, coisas que até então não se fazia, então foi uma experiência positiva. Coisas que até hoje a gente faz. Algumas coisas que passaram pelo PMAQ ficaram, outras já existiam na unidade (...) As coisas que não eram feitas, a gente conseguiu implantar na unidade. Então foi bem positivo. (P4)

Segundo o olhar dos profissionais a participação no PMAQ-AB os ajudou também a fazer uma autocrítica ao seu próprio processo de trabalho, por exemplo, os fazendo perceber que realizavam atividades importantes e nada registravam, ou como é importante manter o processo de trabalho organizado. A organização no ambiente de trabalho é um importante fator para a satisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente, trabalhadores mais satisfeitos, trabalham com mais qualidade. Assim: “O olhar para a prática cotidiana de forma sistematizada, incentivado pelo PMAQ-AB, permite aos profissionais identificar redirecionamentos necessários, como sujeitos integrados ao funcionamento do SUS”. (FERREIRA et al., 2018, p.6).

Se a gente fizesse, atendesse os parâmetros do PMAQ ao longo dos anos, a gente não teria dificuldade nas vésperas das vistorias, das avaliações externas. O que acontece é que a gente não faz o dever de casa correto e aí chega na véspera a gente quer atualizar planilha, atualizar informação, coisas que a gente não consegue fazer tudo. O PMAQ veio para somar! (G8)

(...) A gente leva um susto: “Você faz isso?” “Não, não faço” “Mas isso, é isso, isso e isso” “Ah, então eu faço” Eles vêm (os entrevistadores) para mostrar pra gente que a gente faz um monte de coisa que nem a gente mesmo sabe que faz... A oferta de trabalho que a gente tinha que fazer, a gente tinha tudo isso e outras coisas que a gente não tinha noção, que quando eles passaram a gente foi fazendo um “tick”, eu faço, eu faço... O PMAQ traz clareza de como a unidade se organiza, as vezes a gente trabalha tanto, faz tanta coisa, as vezes a gente deixa passar. (P9)

Por último, a fim de finalizar nossa investigação no campo, tentamos que os gestores e os profissionais fizessem uma relação se a presença de alunos teve influência direta no PMAQ-AB. Essa questão não foi bem respondida por eles, pois não conseguiram fazer uma ligação direta entre a presença de alunos e a melhoria do desempenho dado pelo PMAQ-AB. Porém, as considerações feitas sobre a presença de alunos na época da AE demonstraram que a presença de alunos, principalmente os do PET-Saúde, foi fundamental para que eles passassem pelas avaliações de forma mais tranquila, uma vez que os alunos e os docentes contribuíam para a organização da unidade. Essa relevância do PET-Saúde foi apontada por vários motivos: os alunos permanecem por mais tempo nas equipes, criando vínculos com os profissionais e com os usuários; a presença dos docentes, de certa forma, contribui para a

melhoria da organização do serviço; a possibilidade real de integração, que inclui a qualificação dos profissionais de serviço ao assumirem o papel de preceptor. Também houve um apontamento da participação da IES frente a processos de EP. Essas foram algumas considerações quanto à influência dos alunos na classificação do PMAQ-AB.

Sim. Na organização da unidade no geral, eles ajudaram muito, criar novas ideias. Dar ideias novas principalmente por eles estarem dentro do local de estudo com a memória fresca (P7)

Eles ajudaram muito, até no território da gente estar montando. Eu lembro que eles tiveram ideias de estar montando casinhas no mapa, então nós confeccionamos tudo muito junto. Sempre a unidade, ela cresce muito porque exige que o profissional, tanto eu quanto toda a equipe estude, porque eles perguntam e se você não sabe você vai atrás, se organiza melhor... Então a gente fica muito mais organizada, você é mais cobrado, então você cresce muito com isso (P10)

Sim, com certeza. Eu penso que, essa integração, eu acho que mexe com a gente, que tira a gente da zona de conforto e para a gestão é ótimo, faz a gente mudar. Olhares diferentes contribuem muito, só que precisa ser bem estruturado desde o começo para que fortaleça ambos os lados e não só um, se não vira utilização e acaba que me incomodando (P11)

Acho que influencia sim (...) Havia aluno na unidade, ele conseguiu articular, ajudar na organização da unidade para o PMAQ-AB, conseguiram a academia para ajudar (G2)

Fechando essa discussão, alguns entrevistados fizeram considerações sobre a importância de um processo avaliativo e que o PMAQ-AB foi fundamental para seus municípios, havendo certa apreensão quando pontuado que o PMAQ-AB havia acabado. Esse término realmente pode abrir uma grande lacuna no monitoramento e avaliação da AB, uma vez que se considera que o PMAQ-AB seja um modelo de avaliação de desempenho que tinha a pretensão de mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011).

A gente começou a montar um feedback junto com a universidade, a gente tá baseado em cima dos dados do PMAQ, porque é uma quantidade de processo...por mais que possa não ter mais é um processo que vale a pena você investir e é uma ferramenta boa de trabalho. (...) Eu creio que as pessoas vão ter mais essa consciência de ter que não ser só no período que ele está avaliando, ele tinha que ser mesmo a longo prazo, dia a dia mesmo. (G3)

Soube que não vai ter mais. Não posso nem falar isso para as minhas equipes (...). O PMAQ ele acaba somando no meu processo de trabalho.

Fora que clareou um pouquinho o trabalho para eles também (as equipes). (G8)

O PMAQ, eu acho que ele é uma ferramenta muito importante. Agora a gente tá com essa notícia que acabou, eu acho que o PMQ, ele trazia para a gente enquanto gestão, pela forma que era a avaliação. (G7)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância e os desafios da integração ensino serviço para a formação em saúde foram expressos de diferentes formas nessa pesquisa. Os resultados demonstraram que a implantação e o desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço são um grande desafio, tanto para os profissionais das instituições de ensino, como para os do serviço, pois ambos têm características e objetivos próprios, dificuldades internas, conflitos e certezas. Vimos que quando há uma proposta real de integração desses dois mundos, são produzidas questões que podem influenciar a melhoria da qualidade da assistência.

Não temos dúvida de que a experiência da integração ensino-serviço pode ser uma estratégia potente para a formação dos profissionais de saúde. Isso porque essa integração se baseia na perspectiva do estudante (e do docente) vivenciar a realidade das equipes e dos usuários, estando próximo do cotidiano do trabalho, do cuidado, do social e da realidade de cada território inserido.

Nesse sentido, o PET-Saúde foi apontado como uma experiência exitosa de integração ensino-serviço por seus objetivos, pela construção conjunta do projeto pelos diferentes atores envolvidos, principalmente por conferir parceria e uma corresponsabilidade de todos pela formação dos profissionais de saúde.

Iniciar o estudo sobre integração ensino-serviço partindo dos resultados do PMAQ-AB, que era um programa de avaliação de desempenho, foi uma decisão baseada em sua capilaridade, já que envolveu a maioria das equipes de saúde da família, espalhadas por quase a totalidade dos municípios desse país. Essa possibilidade nos trouxe informações importantes e representativas sobre o processo de trabalho, que levaremos anos para analisar todas as suas dimensões e variáveis, seja sobre a organização das equipes, seja pelas questões do cuidado enquanto equipe responsável pela saúde de uma população. Sendo assim, fizemos uma segunda escolha de criar um banco de dados de equipes que teriam acumulado experiência nos dos últimos ciclos, onde houve um número maior de adesões. Escolhemos variáveis que podiam nos fornecer os indícios de experiências de ações de integração ensino-serviço nas equipes, bem como levantar algumas características do processo de trabalho das mesmas.

Nosso primeiro objetivo traçado, realizar uma sistematização dos dados do Brasil e do ERJ, foi alcançado e os resultados mostraram, tanto no Brasil quanto no ERJ, a existência de experiências envolvendo estudantes de graduação, já que tínhamos o foco no PET-Saúde. Vimos que cerca da metade das equipes receberam estudantes e, tanto no Brasil quanto no ERJ, a maioria era de estudantes de graduação.

Outro ponto importante foi levantar a participação das equipes em ações de EP e quem era responsável por sua realização. Nessa questão, a gestão, seja municipal ou estadual, ainda é quem mais propôs atividades nos dando a impressão de haver um movimento mais direcionado à educação continuada do que à EP. Atividades de Educação Continuada, são atividades importantes e relevantes que trazem, principalmente, atualização e informação técnicas necessárias para os profissionais, mas não promovem mobilização das equipes, reflexões do seu cotidiano do trabalho como prática de aprendizagem, não problematizam a realidade estimulando a elaboração de uma agenda de intervenção e busca de conhecimentos para realiza-la.

Nas entrevistas também percebemos que essa prática mais fragmentada e com metodologias tradicionais de ensino está presente e, por vezes, foi relatada como se fossem ações de educação permanente. É preciso, neste sentido, que a discussão sobre a EP esteja mais presente nos serviços e quando há a presença de uma instituição de ensino, esta deveria promover não só as ações, como as discussões sobre sua importância. Deve haver um entendimento da EP como um processo contínuo, que se dá no cotidiano do trabalho, onde todos os envolvidos, sejam do serviço, sejam docentes e alunos, reflitam sobre sua realidade, e através da problematização, estabeleçam ou determinem ações que os levem a enfrentar e resolver os problemas. A EP pode ser viabilizada através de reuniões de equipe, rodas de conversa, oficinas, entre outros, e, através dessa ferramenta pode-se qualificar a intervenção necessária e contribuir para a mudança da realidade.

Em contraponto com esse achado, a segunda responsabilidade de promover EP, foi através de ações desenvolvidas pela própria equipe, o que pode indicar a existência de um processo problematizador, indo ao encontro de uma aproximação com ações reais de EP. Quando analisamos quais as ações de EP que as equipes do Brasil e do ERJ participaram, vimos que a maioria declarou ter participado de cursos presenciais, o que corrobora com a questão da realização das ações pela gestão, promovendo mais ações de educação continuada do que de EP, porém vimos que as equipes têm participado de ações de EP através de trocas de experiência, o que é uma potente e provável ferramenta que promove o compartilhamento de saberes e a construção coletiva de um projeto que promove mudanças no processo de trabalho.

Nosso segundo objetivo específico era levantar e analisar informações sobre processo de trabalho e infraestrutura das EqSF da RMP. Sendo assim, a análise dos resultados iniciais, feito através da sistematização dos dados do Brasil e do ERJ, nos forneceram os indícios de existência de ações de integração ensino-serviço e pudemos definir nosso local para o

desenvolvimento da pesquisa de campo. A região escolhida foi a RMP do ERJ, pois apresentou o maior percentual de equipes que participaram dos ciclos do PMAQ-AB, seus municípios têm a ESF como modelo de AB e foi a região de saúde onde as equipes mais receberam estudantes.

Nas entrevistas com os gestores municipais foram apontados dois grandes problemas das EqSF: fixação e rotatividade dos profissionais. Sendo assim, para tentar entender os problemas e com a certeza da relevância deles para um bom desenvolvimento das ações de integração ensino-serviço, levantamos alguns pontos presentes na base do PMAQ-AB que poderiam estar contribuindo para a rotatividade e fixação dos profissionais.

Uma questão que tem sido discutida desde a década de 1970, diz respeito ao incentivo a instituição de relações de trabalho mais flexíveis, em nome de uma praticidade no processo de admissão, da autonomia da escolha dos profissionais pelo gestor e de rompimento com uma dita rigidez dos procedimentos para entrada de profissionais a partir de concursos públicos. O resultado dessas flexibilizações tem sido traduzido pela presença de inúmeras formas de contratação de pessoal, trazendo a precarização das relações de trabalho, entendida como a ausência de direitos trabalhistas, onde os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelos governos. Apesar de os gestores municipais entrevistados declararem a favor da realização de concursos públicos, a forma mais frequente de ingresso nas EqSF dos trabalhadores nessa região foi o ingresso sem concurso e sem uma seleção pública, sendo utilizado, como pudemos conhecer através das entrevistas, formas menos burocráticas e menos democráticas, como as indicações diretas (políticas e técnicas). Esses formatos conferem às relações uma frágil ligação dos profissionais aos seus locais de trabalho, resultando em alta rotatividade e dificuldade de fixação, pois os profissionais se movimentam em busca de melhores remunerações e/ou melhores condições de trabalho.

Nos resultados do PMAQ-AB nos municípios estudados, pudemos perceber essa questão, pois apesar de haver um grande percentual de profissionais estáveis (estatutários), ainda se convive com relações precárias, estabelecidas principalmente através de contratos temporários, bolsas de estudo e contratos como autônomos. Esse problema de fixação e rotatividade acaba por influenciar nas relações com as IES e os estudantes em formação.

Ainda com relação ao processo de trabalho e procurando aproximar, com a intenção principal da pesquisa (conhecer as ações de integração ensino-serviço, desenvolvidas na região), buscamos saber sobre a presença de estudantes nas equipes. Nesse ponto, todos os municípios estudados declararam receber estudantes e a maioria recebia, em maior percentual,

estudantes de graduação, o que estava coerente inclusive com a informação levantada nas atas da CIR de que o PET-Saúde estava ou esteve presente nesses municípios.

Quanto à infraestrutura das UBS que recebiam alunos, foram poucas as variáveis selecionadas que pudessem ser relacionadas à capacidade de garantir espaços de qualidade para o desenvolvimento de atividades de integração. As três variáveis escolhidas foram: existência de salas coletivas exclusivas, presença de computadores e acesso a internet. Os resultados mostraram a presença de computadores com bom acesso a banda larga, já que somente dois municípios tinham dificuldades para o acesso dessa ferramenta.

Para atingir nosso terceiro objetivo específico, procuramos identificar as ações de integração ensino-serviço nas entrevistas. Os entrevistados informaram a presença de residentes médicos, acadêmicos de medicina, estágios curriculares e extracurriculares dos cursos de graduação em saúde existentes na região, principalmente, medicina, odontologia e enfermagem, além de estágio de técnicos de enfermagem, entre outros. Porém, apesar de todos apontarem desenvolver ações de integração ensino-serviço, nem sempre eram ações de integração ensino-serviço, pois, por exemplo, não se estabeleciam contrapartidas, e nem havia investimento, por parte da IES, de formação dos profissionais do serviço. Algumas dessas ações eram formalizadas através de convênios, algumas ocorriam por iniciativa individual dos alunos e outros aconteciam informalmente. Vimos em nossa revisão de literatura a importância dessa formalização entre as instituições, para que as regras sejam transparentes, sendo o ideal a construção coletiva desse projeto de formação, com as contrapartidas definidas, bem como os papéis de cada profissional envolvido. Entretanto, apesar de algumas pontuações dos entrevistados de que acontecia a formalização e ações de integração ensino-serviço, foi perceptível de que somente quando havia o PET-Saúde, essa formalização e integração eram visíveis.

Conhecer a percepção desses atores, gestores e profissionais de saúde das EqSF sobre a relevância do PET-Saúde como a estratégia de integração ensino-serviço, foi fundamental para entendermos sua abrangência e importância na formação de futuros profissionais, com certeza mais preparados para atuar no SUS. Isso porque seu foco é de qualificação de estudantes de graduação através de vivências na iniciação ao trabalho e, segundo a portaria que o instituiu, tem por principal objetivo induzir mudanças no processo de formação de profissionais de saúde, em alinhamento às necessidades do SUS. Desde que foi lançado, o PET-Saúde tem a integração ensino-serviço como fio condutor e como pressuposto a educação pelo trabalho. Também foi apontado que essa vivência nas EqSF estimula o aprender através da troca de experiências, da aprendizagem na vivência do mundo real, a

partir das informações e fatos que acontecem no dia a dia dos serviços, contribuindo inclusive com uma mudança do olhar de todos sobre a AB. Podemos dizer que o aprendizado a partir dessas experiências vividas no cotidiano das equipes, responde positivamente ao desafio de formar profissionais com reflexão, na e sobre a realidade dos serviços.

Por fim, ao analisar as ações de integração ensino serviço desenvolvidas nas EqSF na RMP, percebemos que tal integração não está limitada somente em um momento de reconhecimento da realidade dos serviços, pois tem colocado os profissionais, que estão em formação, frente à circunstâncias inesperadas, presentes no cotidiano dos serviços, possibilitando a tão esperada formação crítica, reflexiva, que leva em consideração os processos históricos e sociais. Essa estratégia de aproximação entre ensino e serviços de saúde também pode contribuir na redefinição dos papéis das diferentes instituições na formação em saúde, influenciando no modo de trabalhar em equipe de saúde, e na mudança dos currículos, também objetivo dos processos de integração ensino-serviço.

Muitos são os desafios de se efetivar essa estratégia, que passa pelo distanciamento das instituições de ensino dos serviços, pelas diferenças na lógica de organização dessas instituições, por currículos que não dialogam com o campo de prática, entre outros. Outro desafio é dos profissionais de saúde exercerem o papel de preceptores, o que seria fundamental para aproximação dos estudantes com a realidade do trabalho e para o aprendizado dentro das prerrogativas de uma educação permanente. Porém, esse profissional, muitas vezes, acaba acumulando funções, tendo que equilibrar sua função de acompanhar alunos e atender a população. Para tanto é preciso que a gestão também esteja envolvida nesse processo para que possa haver ajustes necessários e para que não haja prejuízo no atendimento à população e na preceptoria.

As limitações do estudo estiveram relacionadas ao fato de que os períodos em que as equipes estavam com alunos nem sempre corresponderam aos períodos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, não sendo possível relacionar diretamente o resultado das avaliações de desempenho dado pelo PMAQ-AB, com a presença de alunos. Apesar disso, tivemos por base para essa análise, os depoimentos sobre a percepção dos profissionais de saúde de que a presença de alunos de graduação, principalmente do PET-Saúde, foram importante para o processo de avaliação externa, pois eles ajudaram na organização das equipes.

Outras limitações que estiveram presentes ocorreram pelos próprios limites dos instrumentos do PMAQ-AB, que embora tenham nos fornecido os indícios que precisávamos, eles poderiam ter mais especificidades quanto ao levantamento do perfil dos trabalhadores das EqSF, uma vez que só temos uma noção de alguns dados do profissional respondente.

Também nas questões ligadas a integração ensino-serviço e de educação permanente poderia haver variáveis um pouco mais abrangentes, que potencializassem esse retrato sobre a formação. Algumas variáveis de formação que havia no instrumento do 2º ciclo foram retiradas, a exemplo do perfil de formação dos profissionais, tempo de permanência na ESF, e outras questões, que deveriam ser revistas. Porém, como o programa não vai mais existir, ficaremos com essas lacunas que deverão ser preenchidas por inquéritos e /ou pesquisas mais específicas nessa área, pelo não aprofundamento de questões de gestão do trabalho.

A análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ-AB também é essencial para se traçar o panorama da atenção primária à saúde brasileira. É preciso continuar os esforços de fortalecer estratégias de mudanças curriculares e de transformação das práticas profissionais pelos governos. Por outro lado também é importante se institucionalizar processos avaliativos da AB, para qualificar e organizar um modelo mais resolutivo. O PMAQ-AB estava sendo uma proposta dessa institucionalização, mas com a retirada dele do cenário no atual governo, ficará uma lacuna até que se faça uma nova proposta de processos de monitoramento e avaliação da AB.

A percepção dos profissionais entrevistados acerca deste programa nos deu a certeza de que ele tem influenciado diretamente na melhoria do processo de trabalho das equipes, bem como numa melhor utilização das informações em saúde, pois trouxe através dos parâmetros propostos uma base para as equipes e para a gestão refletir sobre o planejamento, sobre a sua organização, sobre a integração entre os profissionais.

Outra importante perspectiva é que se deva estimular o debate e práticas relativas à educação permanente em saúde e a interação entre educação e processos de trabalho, a partir da realidade vivenciada, levando em consideração os conhecimentos e as experiências de todos.

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. (Org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. 2. v. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.
- ALMEIDA, P.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
- ALMEIDA, R.G.S., TESTON, E.F., MEDEIROS, A.A. - A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V.43, n.especial, p. 97 – 105, 2019
- ANDRADE, S.R.; RUOFF, F.A.B.; PICCOLI, T.; SCHMITT, M.D.; FERREIRA, S.A.; XAVIER, A.C.A - O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa - *Texto Contexto Enfermagem*, 2017; 26(4): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e5360016.pdf>, Acesso em 14 de fevereiro de 2020.
- AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. São Paulo: Editora Saberes, 2014. p.893-932.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*, São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-991, 2011.
- BATISTA, S.H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O; SONZOGNO, M.C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2005;39(2):231.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 188-202, out. 2018.
- BRASIL, Ministério da Educação.. Parecer CNE/CES nº. 1133, de 07 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União 03 out 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2020

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14. fev. 2004.

_____, Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 nov. 2005, Seção 1, p. 111.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos Pela Saúde 2006, v. 4 – Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 08 de fevereiro de 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2007.

_____, Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 27 ago. 2008.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 5 mar. 2010a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Ambiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponibilizado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf, acessado em 10 de fevereiro de 2020.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 20 jul. 2011, Seção 1, p. 79.

_____, Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf - 2013. Acesso em: 08 de fevereiro de 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf*, – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 64 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf, acesso em 31 de janeiro de 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015b. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde / Gradua/SUS – 2016/2017. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 29 set. 2015b.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 22 set. 2017, Seção 1, p. 68.

_____, Ministério da Saúde. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde / Interprofissionalidade - 2018/2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jul. 2018a.

_____, Ministério da Saúde, Nota Metodológica da certificação das equipes de atenção básica, SAS/DAB, Brasília, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf Acesso em 10 de janeiro de 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.979, Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*, D.O.U de 12 de novembro de 2019, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 09 de fevereiro de 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10/02/2020.

BREHMER LCF, RAMOS FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. In *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2014; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>. Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

CELIDÔNIO, R. M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste RevRene.*, v. 13, n. 5, p. 1100-10, 2012.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. *Caderno FNEPAS*, v. 1, p. 19-27, dez. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 285-317.

DAVID, H. M. S. ACIOLI, S.; SEIDL, H.M.; BRANDÃO, P.S. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M. H. et al. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 337-367.

DESLANDES, S.F.; Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S; ASIS, S.G.(org) *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2016 p 157-184.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1622, 2013.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUARTE M.L.; C. BOECK J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho de Educação Saúde* [Internet]. 2015; 13(3):709-20. Disponível em: scielo.br/pdf/tes/v13n3/1981-7746-tes-13-03-0709.pdf Acesso em 6 de janeiro de 2020

FAUSTO, M. C. R. et al. Experiências e aprendizagem no processo de avaliação externa: encontro com a diversidade. In: FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. (Org.). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiência do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Editora Saberes, 2013. p. 19-29.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: MENDONÇA, M. H. et al. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno. Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul/set. 2004.

FERREIRA, L.R.; SILVA JÚNIOR, J.A.; ARRIGOTTI, T.; NEVES, V.R.; ROSA, A.S. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica; *Revista da Escola de Enfermagem; USP*. 2018;52. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03407.pdf, acesso em 12 de fevereiro de 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: HUCITEC, 2002. 306 p.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A. A. Atenção Básica e formação em Saúde. In: MENDONÇA, M. H. et al. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 291-310.

FÔNSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. *Programa de educação pelo trabalho para a saúde: ressignificando a formação dos profissionais de saúde*. Curitiba: Ed.Appris, 2014. 246p.

FRANÇA, T.; BELISÁRIO, S.A.; MEDEIROS, K.R.; PINTO, I.C.M.; GARCIA, A.C.P. - Limites e possibilidades das Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço: percepção dos gestores. IN *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 41, Número especial 3, P. 144-154, 2017.

FRANÇA, T. et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 286-301, out. 2018.

FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. Políticas, programas e ações de educação em saúde: perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 4-11, ago. 2019.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de saúde *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, n.8, p.89-100, 2001.

GARCIA, A. C. P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. *Vigilância Sanitária em Debate*, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015.

GALAVOTE H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

GARBIN, H. B. R.; GUILAM, M. C. R.; PEREIRA NETO, A. F. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 347-363, 2012.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2007. 6ª ed. 200 p..

GIOVANELLA, L. et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. et al. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa* (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 569-610.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.157-190.

GLANZN, C.H.; OLSCHOWSKY, A.; A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família - *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2017, Fevereiro 5(1): 7-14.

Disponível em:

https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2880/pdf_1, acessado em 20 de fevereiro de 2020.

GONÇALVES, C. D. et al. A retomada do processo de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 12-23, ago. 2019.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Série Técnica Inovação na Gestão*. Porto Alegre: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2013. 84 p.

KHALAF, D.K, et al – Integração ensino-serviço sob a percepção de seus dos protagonistas *Revista de Enfermagem*. UFSM – REUFMS Santa Maria, RS, v. 9, e9, p. 1-20, 2019

KUABARA, C. T. et al. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 195-207, jan/mar. 2014.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 52-56, 2018.

MACHADO, J. F. F. P. et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9102-113, 2015.

MACINKO, J; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES, J. R. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MAGNAGO, C. et al. PET-Saúde / GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 24-43, ago. 2019.

MENDONÇA, M. H. et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. et al. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p 29-47.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *CEBES: Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

MIOTO, R. C. T. et al. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da universidade federal de Santa Catarina. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, SP v. 11, n. 2 p:185-208, jul./ dez. 2012.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004. p 9-29.

MOROSINI, VG, FONSECA, AF, LIMA, LD – Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 42 (116) Jan-Mar 2018. P.11 a 24.

NOGUEIRA, R P.; BARALDI, S; RODRIGUES, V de A. *Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises. Volume 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Limites_criticos.pdf Acesso em 16 de fevereiro de 2020.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília, 2004. p. 45-94.

OLIVEIRA, F.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, E. C. A Internet como fonte de Informação em Saúde. *J. Health Inform.*, v. 5, n. 3, p. 98-102, jul/set. 2013.

OLIVEIRA, F.D. - *A Preceptorial na estratégia saúde da família: o olhar dos profissionais de saúde*, Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Núcleo de Estudos em Saúde da Família - NESC. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014, 105f

PEDUZZI, M. et al - Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo - *Comunicação Saúde Educação* v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009

PIERANTONI, C. R. et al. Política de gestão do trabalho e da educação no Brasil. In *Gestão do trabalho e da educação em saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC /IMS/UERJ, 2012. p. 31-65.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, out. 2014.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à estratégia Saúde da família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB). *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PIALARISSI, R.; Precarização do Trabalho in *Revista de Administração em Saúde* Vol. 17, Nº 66, 2017 disponível em <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11/22>, acesso em 15 de fevereiro de 2020

PIZZINATO, A. : et al- A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS; In: *Revista Brasileira de Educação Médica* Porto Alegre 36 (1 Supl. 2) : 170 – 177 ; 2012.

RANGEL, M.L.; VILASBOAS, A. L. Rede Unida: breve histórico, concepção, organização e estratégia de ação. *Divulgação em Saúde em Debate*, v. 1, n. 12, p. 15-18, 1996.

RIBEIRO, P. C; PEDROSA, J. I. S; NOGUEIRA, L. T; SOUSA, M. F. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v. 6, n. 4. p. 161-174, 2012

ROCHA, A. H. S.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. CEPESC/IMS/UERJ- Observa RH. Rio de Janeiro, 2011. p. 217-230.

RODRIGUES, A.C.S, VIEIRA, G.L.C, TORRES, H.C. - A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus – Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, V.44, n.2, p. 531- 537junho, 2010.

RODRIGUES, M. A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem. USP.*, v. 27, n. 1, p.15-24, abr. 1993.

RODRIGUES, P.H.A; NEY, M.S; PAIVA,C.H.A; SOUZA, L.M.B.M. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013, 23 [4] p. 1147-1166.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.38, n. esp., p. 94-108, 2014.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, nº 3, p. 603-614. Rio de Janeiro, 2010.

SENNA, M. A. A.; GOUVEA, M. V.; MOREIRA, L. C. H. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação em Odontologia: a percepção de alunos de graduação Revista Brasileira de. *Pesquisas em Saúde*, Vitória, v. 18, n. 2, p. 71-78, 2016.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, *Interface - Comunicação Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOUSA, M. F. *Agente Comunitário de Saúde: Choque de povo*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

SOUSA, M. F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In SOUSA, M. F. et al. (Org.). *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora, p. 40-76, 2014..

SOUZA, E.R.S., MINAYO, M.C.S., DESLANDES, S.F., COSTA, J.P.V. - Construção de instrumentos qualitativos e quantitativos in Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, p.133-156, 2016.

SOUZA, MASL. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. in DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM.,(org). *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 158-174. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-08.pdf>, Acesso em 16 de fevereiro de 2020.

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

TESSER, C.D, GARCIA, A.V., VENDUSCROTO, C., ARGENTA, C.R. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(11), 4295-4306, 2011

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de *Saúde Revista Brasileira de Educação Médica*, n.33 (1) : 24 – 32 ; 2009

YIN, R. K. *Estudo de Casos: Planejamento e Métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015. 320 p.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D.; DALPOZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [online], v. 15, sup., p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2020.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 6, nov/dez. 2007.

ZARPELON,L.F.B; TERCENIO,M.L.; BATISTA,N.A. - Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12):4241-4248, 2018.

APÊNDICE A – Roteiros das entrevistas

PESQUISA: Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Profissionais de saúde – médico, enfermeiro ou cirurgião dentista)

Código ID: _____
Entrevistado (a): _____
Idade: _____ Sexo: () M () F
Formação profissional (graduação): _____
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação: _____
Há quanto tempo finalizou a graduação: _____
Pós-graduação: _____
Função atual: _____
Tempo na função: _____
Função anterior: _____ No mesmo município: () sim () não
Local de trabalho: _____
E-mail: _____
Vínculo Trabalhista no município: _____
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): () sim () não
Qual: _____
Onde: _____

Observações do entrevistador:

Entrevistador responsável: _____

Data da entrevista: _____ Início: _____ Final: _____ Duração: _____

Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, questões-chave, etc.): _____

Características do território e população

Fale um pouco sobre o território onde você atua? Quais as principais características dessa comunidade? Há quanto tempo atua nessa equipe?

Processo de trabalho

Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).

Há apoio institucional (NASF/ CAPS supervisor PMM). Como ocorre?

Qual a oferta de atividades/ serviços na sua UBS?

Como está organizada a agenda da equipe (demanda espontânea e programada)?

Processo de trabalho e integração ensino serviço

A equipe realiza reuniões de equipe? Com que periodicidade? Quais assuntos/ temas trabalhados? Quem participa? Tem discussão de casos?

Há alguma forma de participação da comunidade na sua equipe? Há conselho local de saúde?

Como se dá a participação da comunidade em relação às ações e práticas de saúde desenvolvidas pela equipe/profissionais de saúde? (associações comunitárias, religiosas,

conselhos locais, associações de trabalhadores).
A equipe AB atua como espaço de formação para os programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
Os alunos participam de ações na comunidade? Conte um pouco.
Qual (is) ação (ões) de integração ensino-serviço sua equipe participa ou participou? PET-Saúde () Residência () Outros () Quais?
Qual período que a sua equipe recebeu alunos do PET-Saúde (ou através de outro programa)? Quantos e quais as categorias?
Você participou como orientador e/ou tutor? Fale um pouco dessa experiência
Cite pontos positivos e negativos quanto à presença de alunos na sua equipe.
Houve integração com os docentes? Fale um pouco dessa experiência.
Você considera que houve mudanças no processo de trabalho da sua equipe com a presença de alunos? Qual sua percepção?
Participação no PMAQ-AB
O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da sua equipe AB decorrentes da participação no PMAQ?
O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?
A integração com os alunos (seja do PET-Saúde ou outros) favoreceu o processo de organização e na melhoria da qualidade de sua equipe? Você considera que essa integração refletiu na classificação do PMAQ-AB? Fale um pouco dessa experiência.

PESQUISA: Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA
(Gestor Municipal)

Código ID: _____
Entrevistado (a): _____
Idade: _____ Sexo: () M () F
Formação profissional (graduação): _____
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação: _____
Há quanto tempo finalizou a graduação: _____
Pós-graduação: _____
Função atual: _____
Tempo na função: _____
Experiência anterior em gestão na saúde: () sim () não
Em qual município/estado: _____
Função anterior: _____ No mesmo município: () sim () não
Local de trabalho: _____
E-mail: _____

Vínculo Trabalhista no município: _____
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): () sim () não
Qual: _____
Onde: _____

Observações do entrevistador:

Entrevistador responsável: _____
 Data da entrevista: _____ Início: _____ Final: _____ Duração: _____
 Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, questões-chave, etc.): _____

Introdução
Antes de começarmos a abordar o tema da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória neste município. Podia falar um pouco sobre avanços na atenção na AB e na ESF.
Gestão municipal e AB
Como o sr(a) senhor(a) descreveria seu município com relação a população, que dificuldades são enfrentadas que influenciam na gestão da saúde?
A ESF é a opção da gestão como ordenadora do sistema? Existem ainda populações descobertas? Por que não?
Existe alguma estratégia para organização do trabalho das equipes da ESF e/ou AB? Pode falar um pouco sobre isso?
Como as equipes se organizam para a adesão e participação do PMAQ-AB?
O sr(a) senhor(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ-AB? Fale-me um pouco sobre isso.
Integração ensino-serviço
Quais as dificuldades e facilidades para a permanência dos profissionais de saúde nas EqSF?
Nos últimos, mais especificamente a partir do 1º ciclo do PMAQ-AB, em 2012, o seu município participa de projetos com algum curso de nível superior? Qual(is)? Pode nos falar mais um pouco?
Existe ou existiu algum convênio com uma IES? Qual universidade / cursos? Quais os períodos? Quantos alunos? Os profissionais de saúde das EqSF participaram na preceptoria?
O município já recebeu alunos do PET-Saúde? Qual período, quantos alunos e quais categorias?
Quantas EqSF receberam alunos do PET-Saúde?
Qual sua opinião sobre esse programa?
Em sua opinião, quais consequências, a convivência entre alunos de graduação e os profissionais de saúde das EqSF, trazem para as equipes? Pode nos falar de pontos positivos e negativos?
O município possui outras experiências de integração ensino-serviço? Fale um pouco mais. Pode apontar os pontos positivos e negativos dessas experiências para as EqSF ?

**PESQUISA : Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do
PMAQ-AB e PET-Saúde**

ROTEIRO DE ENTREVISTA
(Coordenador do PET-Saúde)

Código ID: _____	
Entrevistado (a): _____	
Idade: _____	Sexo: () M () F
Formação profissional (graduação): _____	
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação: _____	
Há quanto tempo finalizou a graduação: _____	
Pós-graduação: _____	
Função atual: _____	
Tempo na função: _____	
Experiência anterior em gestão na saúde: () sim () não	
Em qual município/estado: _____	
Função anterior: _____ No mesmo município: () sim () não	
Local de trabalho: _____	
E-mail _____	
Vínculo Trabalhista no município: _____	
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): () sim () não	
Qual: _____	
Onde: _____	

Observações do entrevistador:

Entrevistador responsável: _____
 Data da entrevista: _____ Início: _____ Final: _____ Duração: ____
 Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, questões-chave, etc.): _____

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória na saúde e na Universidade.
Fale um pouco da sua inserção como Coordenador do PET-Saúde.
Qual o período que o(a) sr.(a) ficou na Coordenação do PET-Saúde?
Quantos projetos e de quais editais participou como Coordenação?
Quais formações estiveram envolvidas? Quais unidades de saúde receberam alunos?
O projeto foi construído coletivamente (Universidade e Serviço)? Quais etapas desse processo?
Houve pactuação da agenda? Fale um pouco do cumprimento (ou não) dessa agenda.
Como foi a escolha das equipes? E a escolha dos preceptores? Fale um pouco, apontando dificuldades e facilidades.
Houve algum treinamento / capacitação para os preceptores? Como foi?
Fale um pouco sobre a produção dos alunos? E como foi a participação dos preceptores nessas produções?

De modo geral, há a percepção de que essa integração influencia ou mesmo contribui para a qualificação da atenção à saúde da população onde os alunos se inserem?

Quais potências e fragilidades estiveram envolvidas no período de execução do projeto.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gestores

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde”, desenvolvida pela pesquisadora do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conduzida pela Doutoranda Helena Maria Seidl Fonseca. O objetivo central do estudo é analisar os resultados alcançados pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), sob a perspectiva de gestores e profissionais de saúde em municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2014.

O convite para sua participação se deve à sua atuação profissional na gestão junto a municípios que possuem equipes, que passaram pela avaliação de desempenho nos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Sua participação na pesquisa será de grande contribuição para o conhecimento sobre a influência da inserção de estudantes na qualificação das equipes. A sua experiência será relevante para o desenvolvimento do estudo, pois contribuirá para conhecer as condições estruturais e o processo de trabalho das equipes de atenção básica da Região Médio-Paraíba, do Estado do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas, assegurando que a entrevista será realizada em local apropriado, que garanta a privacidade e sigilo. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, informando ainda que a divulgação não será de modo individual e sim de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduo ou instituições participantes. O material será armazenado em local seguro. Não haverá nenhum gasto de sua parte e, eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser

feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Os potenciais riscos e desconfortos da sua participação na pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto, entretanto esclarecemos que você poderá a qualquer momento se negar a responder qualquer questão, ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhum prejuízo para si ou instituição a que pertence. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se for do seu consentimento. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais. Somente terão acesso às informações fornecidas os pesquisadores envolvidos no estudo, os quais se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica a partir da análise dos dados levantados. A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo.

Os resultados do estudo serão posteriormente divulgados em formato de relatórios, teses, dissertações e artigos, assim como por meio de reuniões com interessados na temática do projeto.

Esse termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue o endereço abaixo:

CEP/IMS/UERJ email: cep.ims.uerj@gmail.com

Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã - 20.550-013 – Rio de Janeiro – RJ - sala 7003 (7º andar) – Bl. D (Anexo à secretaria acadêmica) - Tel: (21) 2334-0235 Ramal 211. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____ _/ _/ ____.

(Assinatura do participante da pesquisa) Data

Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

(...) Sim (...) Não

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante desta pesquisa.

_____ _/ _/ ____.

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Pesquisador (a) responsável: Helena Maria Seidl Fonseca – Doutoranda IMS/UERJ

Tel: (21) 2334-0235

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Profissionais de Saúde

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde”, desenvolvida pela pesquisadora do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conduzida pela Doutoranda Helena Maria Seidl Fonseca. O objetivo central do estudo é analisar os resultados alcançados pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), sob a perspectiva de gestores e profissionais de saúde em municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2014.

O convite para sua participação se deve à sua atuação profissional na unidade básica de saúde municipal, que passou pela avaliação dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Sua participação na pesquisa será de grande contribuição para o conhecimento sobre a influência da inserção de estudantes na qualificação das equipes. A sua experiência será relevante para o desenvolvimento do estudo, pois contribuirá para conhecer as condições estruturais e o processo de trabalho das equipes de atenção básica da Região Médio Paraíba, do Estado do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas, assegurando que a entrevista será realizada em local apropriado, que garanta a privacidade e sigilo. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, informando ainda que a divulgação não será de modo individual e sim de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduo ou instituições participantes. O material será armazenado em local seguro. Não haverá nenhum gasto de sua parte e, eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não haverá risco direto ou indireto de identificação do participante. Os potenciais riscos e desconfortos da sua

participação na pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto, entretanto esclarecemos que você poderá a qualquer momento se negar a responder qualquer questão, ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhum prejuízo para si ou instituição a que pertence. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se for do seu consentimento. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais. Somente terão acesso às informações fornecidas os pesquisadores envolvidos no estudo, os quais se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica a partir da análise dos dados levantados. A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo.

Os resultados do estudo serão posteriormente divulgados em formato de relatórios, teses, dissertações e artigos, assim como por meio de reuniões com interessados na temática do projeto.

Esse termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue o endereço abaixo:

CEP/IMS/UERJ email: cep.ims.uerj@gmail.com

Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã - 20.550-013 – Rio de Janeiro – RJ - sala 7003 (7º andar) – Bl. D (Anexo à secretaria acadêmica) - Tel: (21) 2334-0235 Ramal 211

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____ _/ _/ ____.

(Assinatura do participante da pesquisa) Data

Nome do participante:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

(...) Sim (...) Não

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante desta pesquisa.

_____ _/ _/ ____.

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo) Data

Pesquisador (a) responsável: Helena Maria Seidl Fonseca – Doutoranda IMS/UERJ

Tel: (21) 2334-0235

E-mail: helseidl@gmail.com

APÊNDICE C - Descrição dos módulos componentes da AE do PMAQ-AB

Tabela 2- Módulos componentes da etapa de Avaliação do PMAQ-AB e seus objetivos

Módulo I	Observação na UBS, cujas questões foram direcionadas para aspectos da infraestrutura, incluídos tanto os espaços físicos, os materiais e equipamentos, assim como os insumos.
Módulo II	Entrevistas com profissional de saúde de nível superior, sobre o processo de trabalho da equipe de AB;
Módulo III	Entrevistas com usuários sobre a satisfação da utilização e das condições de acesso e desenvolvimento da atenção pelas equipes;
Módulo IV	Entrevistas com profissionais integrantes do NASF sobre seu processo de trabalho;
Módulos V e VI	Voltados para a equipe de saúde bucal. O V era para observação da infraestrutura e o VI entrevista com o cirurgião dentista sobre processo de trabalho da equipe de SB.

Fonte: Elaborada a partir de SAPS/MS, ano 2019.

APÊNDICE D – Descrição da trajetória das políticas de reorientação da formação profissional em saúde

Tabela 3 - Políticas de reorientação da formação profissional em saúde sob a perspectiva da integração ensino-serviço e sua importância (resumo)

ANO	PROJETO/POLÍTICA	IMPORTÂNCIA
2002	PROMED	Incentivo às escolas de medicina a incorporar mudanças pedagógicas nos seus currículos que mudassem o eixo para uma formação sintonizada com o SUS. Foi a partir desse programa que se inaugurou as ações entre ME e MS na indução de mudanças nos processos de formação em saúde.
2003	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VerSUS	Reconhecia o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem. Articulação entre o MS e ME, ao construir uma aprendizagem crítica, onde os estudantes acompanham o atendimento do usuário nos serviços de saúde, visualizam a estrutura do sistema e seu funcionamento, discutem avanços, desafios e possibilidades.
2004	AprenderSUS	Um marco na relação entre os Ministérios da Saúde e Educação. Propunha o ensino-aprendizagem sobre o SUS e estimulou a discussão de se promover estímulos para a mudança dos currículos da saúde. Dessa iniciativa surgiu uma ação: uma especialização voltada para docentes e profissionais envolvidos no SUS, orientado por metodologias ativas e educação a distância
2003/ 2005	EnsinaSUS	Contemplou uma série de pesquisas e experiências inovadoras de mudança na formação e educação permanente em saúde.
2004	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Propunha estar ligada às diretrizes operacionais da gestão do SUS e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Teve condução descentralizada, através de Colegiados de Gestão Regional (CGR), que tinham a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), acabou por oficializar essas comissões “como um importante espaço de articulação interinstitucional para a integração ensino-serviço”. Cavalheiro & Guimarães (2011: p.20),
2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- PRÓ-Saúde I	Contemplava os cursos Medicina, enfermagem e Odontologia.
2007	PRO-Saúde II	Objetivava a reformulação dos currículos e a integração efetiva com o serviço, fomentou a atuação conjunta dos gestores estaduais e municipais nessa formulação. Preconizava-se, conforme apontado por Dias (2013), “a articulação com o sistema de saúde por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos; da difusão da educação profissional como um processo permanente da busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e os fatores de ordem social; e as mudanças no desenvolvimento das pesquisas em saúde em prol do SUS”. (2013, p.1617)
2008	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde)	Criado para fortalecer ainda mais as parcerias institucionais e interministeriais.

Fonte: A autora, 2020.

ANEXO A - Variáveis escolhidas do banco de dados do PMAQ-AB, nos Módulos I e II

Variáveis do Estudo Módulo I - Infraestrutura da UBS - Ciclo 3 PMAQ-AB/MS			
Código de variável	Descrição	Categorias	
		Código	Descrição
I.1 - Identificação Geral			
I.3.3	Existe pessoa responsável pela gerência da unidade?	1	Sim
		2	Não
I.3.4	Este profissional organiza seu trabalho de que maneira?	1	Faz exclusivamente a gerência da UBS
		2	Divide-se entre gerência da UBS e cuidado
		3	Dedica menos que 20h à gerência da UBS por conta de outros vínculos
		4	A gerência da UBS é compartilhada/rodiziada entre os profissionais
		5	Nenhuma das anteriores
		998	Não se aplica
I.6 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde			
I.6.3.12	Sala exclusiva para atividades coletivas	1	Sim
		2	Não
I.7 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde			
I.7.1	Quantos computadores em condições de uso em toda UBS?	-	Quantidade
I.7.9	Existe acesso à internet nesta unidade?	1	Sim
		2	Não
I.7.9.1	Quantos computadores com acesso a internet em toda UBS?	-	Quantidade
		998	Não se aplica
I.7.9.2	A conexão de internet disponível é suficiente para a realização das atividades?	1	Funciona de maneira contínua
		2	Funciona de maneira irregular
		3	Nunca funciona
		998	Não se aplica

Variáveis do Estudo Módulo II - Entrevista com o profissional - Ciclo 3 PMAQ-AB/MS					
Código da variável	Variável	Código	Descrição		
II.2.0 - Perfil do Profissional Entrevistado					
II.2.0.1	Qual profissional entrevistado?	1	Enfermeiro		
		2	Médico		
		3	Outro profissional de nível superior da equipe		
II.2.0.3	Qual o seu tipo de vínculo?	1	Servidor público estatutário		
		2	Cargo comissionado		
		3	Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)		
		4	Contrato temporário por prestação de serviço		
		5	Empregado público CLT		
		6	Contrato CLT		
		7	Autônomo		
		8	Outro(s)		
II.2.0.4	Qual o seu agente contratante?	1	Administração direta		
		2	Consórcio intermunicipal de direito público		
		3	Consórcio intermunicipal de direito privado		
		4	Fundação pública de direito público		
		5	Fundação pública de direito privado		
		6	Organização social (OS)		
		7	Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)		
		8	Entidade filantrópica		
		9	Organização não governamental (ONG)		
		10	Empresa		
		11	Cooperativa		
		12	Outro(s)		
II.2.0.5	Qual foi o mecanismo de ingresso?	1	Concurso público		
		2	Seleção pública		
		3	Outro(s)		
II.4 - Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações					
II.4.1.1	II.4.1 - No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:	Gestão municipal		1	Sim
			2	Não	
II.4.1.2		Gestão estadual		1	Sim
			2	Não	
II.4.1.3		Pela própria equipe/ubs		1	Sim
				2	Não
II.4.1.4		Por outras equipes/ubs		1	Sim
				2	Não
II.4.1.5		Pela universidade		1	Sim
				2	Não
II.4.1.6		Não recebi EP no ano anterior		1	Sim
				2	Não

(cont)				
II.4.3.1	II.4.3 - Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:	Telessaúde	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.4.3.2		EAD/UNASUS	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.4.3.3		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.4.3.4		Cursos presenciais	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.4.3.5	Troca de experiência	1	Sim	
		2	Não	
		998	Não se aplica	
II.4.3.6	Tutoria/preceptorial	1	Sim	
		2	Não	
		998	Não se aplica	
II.4.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	1	Contemplam muito	
		2	Contemplam	
		3	Contemplam razoavelmente	
		4	Contemplam pouco	
		5	Não contemplam	
		998	Não se aplica	
II.4.5.1	II.4.5 - Sobre a integração ensino serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de:	Estudantes de graduação	1	Sim
2			Não	
II.4.5.2		Estudantes de nível técnico	1	Sim
2			Não	
II.4.5.3		Residentes de medicina	1	Sim
			2	Não
II.4.5.4		Residentes multiprofissional	1	Sim
			2	Não
II.4.5.5		Pesquisadores	1	Sim
			2	Não
II.4.5.6		Nenhuma das anteriores	1	Sim
			2	Não
II.5 - Telessaúde na Atenção Básica				
II.5.1	A sua equipe utiliza o Telessaúde?	1	Sim	
		2	Não	
II.5.3.1	II.5.3 - A equipe utiliza o telessaúde para:	Segunda opinião formativa	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.5.3.2		Telediagnóstico	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.5.3.3		Teleconsultoria	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.5.3.4	Tele-educação	1	Sim	
		2	Não	
		998	Não se aplica	

II.8 - Planejamento da Equipe e Apoio Institucional			
II.8.1	A sua equipe realiza reunião de equipe?	1	Sim
		2	Não
II.8.2	Qual a periodicidade das reuniões?	1	Semanal
		2	Quinzenal
		3	Mensal
		4	Sem periodicidade definida
		998	Não se aplica
II.8.3	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	1	Sim
		2	Não
II.8.4	Qual a periodicidade?	1	Semanal
		2	Quinzenal
		3	Mensal
		4	Bimestral
		5	Trimestral
		6	Semestral
		7	Anual
998	Não se aplica		
II.8.6	Os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	1	Sim
		2	Não
		3	A equipe não participou dos ciclos anteriores
AUTOAVALIAÇÃO			
II.8.7	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	1	Sim
		2	Não
II.8.9	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	1	Sim
		2	Não

FONTE:SAPS/MS - 2019

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integração ensino serviço na Atenção Básica: um olhar através do PMAQ-AB e PET-Saúde

Pesquisador: HELENA MARIA BEIDL FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12458219.0.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.321.811

Apresentação do Projeto:

A pesquisa busca analisar a integração ensino serviço a partir dos resultados alcançados pelas Equipes de Saúde da Família, que participaram de dois ciclos do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Parte-se de uma revisão de literatura sobre conceitos de integração ensino serviço e avaliação em saúde, analisando-se possíveis consequências para a qualidade dos serviços de atenção básica no Brasil, dos programas de avaliação da atenção básica e o programa de educação para o trabalho em saúde – PET-Saúde. A questão norteadora do trabalho foi compreender se as EqSF, que foram campo de prática do Pet-Saúde, que pressupõe a integração de alunos de graduação, seus docentes e os profissionais das equipes, foram impactadas na avaliação de desempenho do PMAQ-AB.

A proposta metodológica será a utilização de análise por triangulação de métodos. A etapa qualitativa será desenvolvida através de análise dos dados de entrevistas com gestores e profissionais de saúde de municípios da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. Serão três etapas: a) Levantamento bibliográfico com revisão da literatura e pesquisa documental sobre integração ensino-serviço, avaliação da atenção básica e implantação e implementação de programas governamentais (PETSaúde e PMAQ-AB); b) Pesquisa quantitativa - identificação de resultados das unidades e equipes participantes do PMAQ-AB, através da formulação de um banco de dados das equipes do ciclo 2 que participaram também do ciclo1 com informações de domínio público; c) Pesquisa qualitativa – levantar a influência entre as duas políticas junto aos atores que

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-0295 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ins.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 3.321.811

estão ou estiveram envolvidos com elas diretamente através de um estudo de caso nos onze municípios do Estado do Rio de Janeiro pertencentes a região de saúde do Médio Paraíba que tiveram equipes que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB.

Vale ressaltar que o estudo já possui autorização do Estado do Rio de Janeiro através de carta de anuência firmada em 16 de abril de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar os resultados alcançados pelas EqSF, a partir do PMAQ-AB e PET-Saúde, sob a perspectiva de gestores e profissionais de saúde em municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2014.

Específicos:

- Conhecer a percepção do gestor e dos profissionais de saúde sobre as mudanças no processo de trabalho e infraestrutura das EqSF decorrentes da implantação do PMAQ-AB. Conhecer a percepção do gestor e profissionais de saúde sobre o PET-SAÚDE;
- Relacionar a percepção do gestor e profissionais de saúde com as mudanças decorrentes da implantação do PMAQ-AB e a experiência com o PET SAÚDE;
- Correlacionar os resultados alcançados pelas EqSF no PMAQ-AB com o PET-SAÚDE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente menciona que os potenciais riscos e desconfortos são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que o entrevistado não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto. Para minimizar esse desconforto será escolhido um local mais silencioso e com privacidade. A garantia de anonimato integra as ferramentas para a autogestão desse risco.

A proponente menciona como benefício uma melhor compreensão sobre o processo de trabalho das equipes da ESB da região selecionada e a contribuição dos processos de integração ensino-serviço no desempenho das ESB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta relevante, pertinente, e que produz dados importantes para a compreensão do modo como se desenvolvem as o trabalho das Equipes de Saúde da Família que participam do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de uma pesquisa bem planejada e que pode produzir contribuições para as discussões na saúde coletiva.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.560-013
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 2334-0235 Fax: (21) 2334-2152 E-mail: cep.ins.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 3.321.811

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, projeto na íntegra, cronograma, roteiros de entrevistas, TCLEs e anuência do estado do Rio de Janeiro presentes.

Recomendações:

Garantir tempo suficiente para a realização de todas as técnicas de pesquisa, tendo em vista a pretensão de defesa em março de 2020.

Incluir através de carta dirigida ao CEP as cartas de anuências dos 11 municípios conforme forem sendo obtidas pela pesquisadora

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Recomendo a aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da pesquisa. Enfatizamos que é OBRIGATORIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1299076.pdf	18/04/2019 17:02:08		Aceito
Outros	roteiroprofissionais.pdf	17/04/2019 21:58:04	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ins.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 3.321.811

Outros	roteiromunicipal.pdf	17/04/2019 21:55:33	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Outros	roteiroestado.pdf	17/04/2019 21:55:13	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Outros	roteirocoordpet.pdf	17/04/2019 21:54:51	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Outros	roteirocles.pdf	17/04/2019 21:54:28	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Outros	cartaanuenciasesrj.pdf	17/04/2019 21:53:52	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Profssionaltcle.pdf	17/04/2019 21:53:22	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gestortcle.pdf	17/04/2019 21:53:04	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projcetodetalhadohelena.pdf	17/04/2019 21:52:48	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_helena.docx	15/04/2019 16:53:03	HELENA MARIA SEIDL FONSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Maio de 2019

Assinado por:
Elaine Teixeira Rabello
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com