



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA



DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

EM ENFERMAGEM E SAÚDE – *Nível Doutorado*

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DA ÁREA DE
SAÚDE ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E
COMUNIDADE**

FLÁVIA SILVA SOUZA

**JEQUIÉ - BAHIA
2022**

FLÁVIA SILVA SOUZA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DA ÁREA DE
SAÚDE ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E
COMUNIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, como requisito para obtenção do Título de Doutora, área de concentração Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela.

Coorientador: Prof. Dr. Charles Souza Santos.

**JEQUIÉ -BAHIA
2022**

S729r Souza, Flavia Silva

Representações sociais de acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino
serviço e comunidade / Flavia Silva Souza.- Jequié, 2022.
128f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prfa. Dra. Alba
Benemérita Alves Vilela e coorientação do Prof. Dr. Charles Souza Santos)

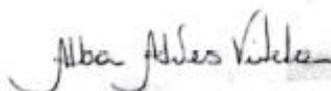
1.Educação em saúde 2.Formação profissional 3.Integração docente
assistencial I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Flávia Silva. Representações sociais de acadêmicos da área de Saúde acerca da integração ensino serviço e comunidade. 2022. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



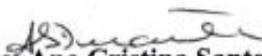
Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Prof. Dr. José Lúcio Costa Ramos

Escola de Enfermagem - Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Ana Cristina Santos Duarte

Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Formação de Professores – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



Profa. Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dedico este trabalho aos meus pais
Valmir e Rita, meus maiores
incentivadores; ao meu esposo
Lázaro, um companheiro de todas as
horas; e os meus filhos Júlia e Daniel
razões do meu viver. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de reconhecer que não vivemos isolados e que estabelecer relações positivas é importante para o sucesso de nossa jornada, por isso agradeço primeiramente à **Deus** criador da vida, senti sua presença em cada momento, obrigada por me carregar no colo nos momentos mais difíceis desta caminhada. AO SENHOR TODA HONRA E TODA A GLÓRIA!

Aos meus pais **Rita e Valmir**, por dedicarem suas vidas aos filhos, o exemplo de vida de vocês me estimulou a ser a pessoa que sou hoje. GRATIDÃO!

Ao meu esposo **Lázaro**, agradeço pelo cuidado, amor e carinho, esses sentimentos foram essenciais para que eu pudesse seguir em frente e chegar até aqui. TE AMO!

Aos meus filhos **Júlia e Daniel**, vocês são a razão do meu viver, presente de Deus em minha vida, com vocês nunca me sinto só. MAMÃE AMA VOCÊS!

À minha orientadora **Alba Benemerita Alves Vilela**, agradeço por compartilhar todos seus saberes comigo, pela confiança e compreensão durante esse período de caminhada. DEUS TE ABENÇOE SEMPRE!

Ao meu coorientador **Charles Souza Santos**, que como um irmão segurou a minha mão e me ajudou a caminhar. Agradeço pelo estímulo que me fez seguir em frente. NOSSA SENHORA ESTEJA SEMPRE CONTIGO!

Aos Professores **Marcos Tosoli, José Lúcio, Ana Cristina e Rita Boery** pela disponibilidade em participar da banca de sustentação da minha tese, trazendo contribuições importantes para este trabalho. MUITO OBRIGADA!

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, por conduzirem esse Programa com tamanha responsabilidade.

Aos **discentes da área de saúde** da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB por aceitarem participar desta pesquisa.

Enfim, a **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a consolidação dessa conquista, meu MUITO OBRIGADA!!!

RESUMO

SOUZA, Flávia Silva. **Representações Sociais de acadêmicos da área da saúde acerca da integração ensino serviço e comunidade**. 2022. 128f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2022.

Introdução: As mudanças nos cenários das políticas públicas de saúde ao longo dos últimos anos e a reforma sanitária brasileira acarretam como consequências as transformações nas práticas de atenção e na formação dos profissionais da área da saúde, estas incentivaram a implantação de currículos integrados, articulações ensino-serviço e comunidade. Essa integração permite a aproximação gradativa dos acadêmicos com a rede de atenção à saúde, valorizando os saberes populares e comunitários presentes no território. Sendo assim o **objetivo** geral deste estudo é: analisar as Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade. E como objetivos específicos: identificar a estrutura das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade; apreender os conteúdos das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade. **Metodologia:** estudo quanti-qualitativo, descritivo com sustentação na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural segundo Abric e processual segundo Jodelet. O campo de pesquisa é a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, campus de Jequié, Departamento de Saúde I/II e Departamento de Ciências e Tecnologia, os participantes do estudo são acadêmicos de enfermagem, odontologia, fisioterapia, educação física, farmácia e medicina, somando um total de 112 discentes. Os dados foram coletados através das seguintes etapas: técnica de evocação livre (termo indutor: integração ensino, serviço e comunidade); testes de centralidade: constituição de pares pareados; Choix-par-bloc; mise-in-cause; Esquema Cognitivo de Base-SCB; e roteiro temático para a entrevista em profundidade. Para analisar os dados provenientes das evocações livres utilizou a técnica do quadro de quatro casas com o auxílio do software EVOC versão 2005. Os dados oriundos da técnica *Choix-par-bloc* e constituição dos pares pareados foram analisados pela estratégia da análise de similitude, enquanto que a *mise-en-cause* (*técnica do questionamento*) pela análise própria. Para analisar os dados da aplicação do roteiro do SCB foi utilizado os índices de valência total, valência descritiva, valência praxia e valência atribuição. As entrevistas foram analisadas através da Técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ. O projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) sendo aprovado com parecer favorável nº 4.578.112/2021. **Resultados:** a estrutura representacional foi formada por três dimensões (formativa, prática e reflexiva) que explicaram a interface entre o possível núcleo central com os termos aprendizado e prática e os elementos periféricos. Os testes de centralidade evidenciam como elementos centrais os termos: aprendizado, prática e população. Em suas representações acerca da integração ensino, serviço e comunidade, os discentes percebem a importância das ações de integração e reconhecem vivências e práticas em sua formação. Existe relação entre as representações dos discentes com as ações de integração ensino, serviço e comunidade em sua formação profissional. **Conclusão:** as representações sociais evidenciam conhecimento dos discentes acerca da integração ensino, serviço e

comunidade e reforça a importância da criação de currículos integrados que estimulem essas práticas.

Palavras-chave: Educação em saúde; Formação profissional; Integração docente assistencial

ABSTRACT

SOUZA, Flavia Silva. **Social representations of academics in the health area about the teaching-service and community integration.** 2022. 128f. Thesis (Doctorate) – Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2022

Introduction: The changes in the scenarios of public health policies over the last few years and the Brazilian health reform have resulted in changes in care practices and in the training of health professionals, which have encouraged the implementation of integrated curricula, teaching articulations -service and community. This integration allows the gradual approximation of academics with the health care network, valuing popular and community knowledge present in the territory. Therefore, the general objective of this study is: To analyze the Social Representations of academics in the health area about the integration of teaching, service and community. Having as specific objectives: To understand the structure and contents of the Social Representations of academics in the health area about the integration of teaching, service and community; Identify the central core of the Social Representations of academics in the health area on teaching, service and community integration; and to apprehend the aspects of the relationship of Social Representations about the integration of teaching, service and community with the practices mentioned by the academics. **Methodology:** quanti-qualitative, descriptive study supported by the Theory of Social Representations in its structural approach according to Abric and procedural according to Jodelet. The research field is the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Jequié campus, Department of Health I/II and Department of Science and Technology, the study participants are academics of nursing, dentistry, physiotherapy, physical education, pharmacy and medicine, totaling 112 students. Data were collected through the following steps: free evocation technique (inducing term: teaching, service and community integration); centrality tests: constitution of paired pairs; Choix-par-bloc; mise-en-cause; Cognitive Base-SCB Schema; and thematic script for the in-depth interview. To analyze the data from the free evocations, the technique of the frame of four houses was used with the help of the EVOC version 2005 software. than the mise-en-cause (questioning technique) through its own analysis. To analyze the data from the application of the SCB script, the indices of total valence, descriptive valence, praxis valence and attribution valence were used. The interviews were analyzed using the Lexical Mechanized Content Analysis Technique with the help of the IRAMUTEQ software. The project was submitted for consideration by the Research Ethics Committee of the UESB (CEP/UESB) and was approved with favorable opinion nº 4.578.112/2021. **Results:** the representational structure was formed by three dimensions (learning, practice and results) that explained the interface between the possible central core with the terms learning and practice and the peripheral elements. The centrality tests show as central elements the terms: learning, practice and population. In their representations about teaching, service and community integration, students perceive the importance of integration actions and recognize experiences and practices in their education. There is a relationship between the representations of the students and the actions of teaching, service and community integration in their professional training. **Conclusion:** social representations show students' knowledge about teaching, service and community integration and reinforce the importance of creating integrated curricula that encourage these practices.

Keywords: Health education; Professional qualification; Teaching assistant integration

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição dos participantes do estudo	44
Quadro 2- Resumo dos métodos aplicados e análise	53

MANUSCRITO 1

Quadro 1. Estrutura das representações sociais dos discentes da área da saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade. Jequié/BA, 2021 (n = 112).	62
---	----

MANUSCRITO 2

Quadro 1. Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos discentes da área de saúde frente ao termo indutor “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié/BA, 2021 (n = 112)	77
--	----

Quadro 2 - Distribuição das respostas à técnica do questionamento (mise-encause) para o termo integração ensino, serviço e comunidade. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n=70)	80
---	----

Quadro 3 - Distribuição das respostas à técnica do SCB para o termo aprendizado e prática. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n=10).....	81
--	----

Quadro 4 – Lambda para os elementos testados nos SCB.	82
--	----

Quadro 5 - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural sobre a integração ensino, serviço e comunidades. Jequié, BA, 2021.....	82
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MANUSCRITO 1

Figura 1. Estrutura representacional dos discentes da área da saúde sobre a integração ensino, serviço e comunidade. Jequié/BA, 2021 (n = 112).....62

MANUSCRITO 2

Figura 1- Árvore máxima de similitude por pares de palavras para o termo “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n= 70).....78

Figura 2- Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para o termo “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n= 70).....79

MANUSCRITO 3

Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da classificação hierárquica descendente. Jequié, BA, Brasil, 2021.....93

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos discentes da área de saúde. Jequié/BA, 2021 (n = 112).....	61
--	----

LISTA DE SIGLAS

PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
IES	Instituições de Ensino Superior
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PPP	Projeto Político Pedagógico
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
UNI	Programa Uma Nova Iniciativa
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
MS	Ministério da Saúde
VER-SUS	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations</i>
SCB	Esquema Cognitivo de Base
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UCE	Unidades de Contexto Elementares
CNS	Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Processo de formação dos profissionais de saúde	21
2.2 Contexto histórico da formação dos profissionais de saúde no Brasil	23
2.3 A integração ensino, serviço e comunidade no processo de formação dos profissionais de saúde	31
3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	37
3.1 Núcleo Central das Representações Sociais.....	42
4. METODOLOGIA	47
4.1 Tipo de estudo	47
4.2 Cenário e participantes do estudo.....	47
4.3 1ª Etapa: Análise prototípica e de similitude.....	49
4.3.1 Coleta de dados	49
4.3.2 Análise de dados	49
4.4 2ª Etapa: Testes de centralidade das representações sociais da integração ensino, serviço e comunidade.....	51
4.4.1 Coleta de dados	51
4.4.2 Análise de dados	53
4.5 Abordagem processual das Representações Sociais: entrevista em profundidade.....	55
4.6 Questões Éticas.....	57
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	58
5.1 MANUSCRITO 1: ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DISCENTES DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE.....	59

5.2 MANUSCRITO 2: O NÚCLEO CENTRAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DISCENTES SOBRE INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE.....	74
5.3 MANUSCRITO 3: A INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	92
6. CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES.....	116
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	117
Apêndice B: Questionário socioeconômico.....	119
Apêndice C: Instrumento de evocações livres.....	120
Apêndice D: Questionário para constituição de pares de palavras.....	121
Apêndice E: Questionário de Choix-par-bloc.....	122
Apêndice F: Questionário de Mise-em-cause.....	123
Apêndice G: Questionário para Esquemas Cognitivos de Base.....	125
Apêndice H: Roteiro temático de entrevista em profundidade.....	128
ANEXOS	129
Anexo A- Parecer consubstanciado do CEP-UESB.....	130

APRESENTAÇÃO

Sou Flávia Silva Souza, apresento este trabalho de pesquisa como resultado de uma leitura sistematizada, pesquisas e reflexões sobre o tema, além de minhas experiências pessoais adquiridas através de minha profissão: enfermagem. Em meus 15 anos de enfermeira trabalhei em diferentes instituições de saúde como: unidade básica de saúde, Programa de Agente Comunitário de Saúde-PACS da zona rural, professora de curso técnico, docentes de cursos de graduação da saúde e também como enfermeira hospitalar.

Essas experiências me deram a oportunidade de acompanhar parte do processo de formação dos profissionais de saúde, gerando inquietações ao observar o distanciamento entre a universidade e os campos de prática. Essas observações pessoais despertou o interesse em estudar a integração ensino, serviço e comunidade e as representações dos discentes da área da saúde acerca do tema.

A participação no Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB que nos estimula a discutir como o conhecimento pode ser construído através dos pensamentos, das crenças, dos valores, dos comportamentos e das experiências de um grupo social, estimulou utilizar como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, que nos auxiliou a apreender o pensamento social dos discentes da área da saúde sobre integração, ensino, serviço e comunidade.

No primeiro capítulo desta tese “Introdução” é apresentado o objeto de estudo e como a integração ensino serviço e comunidade está inserida nas políticas de formação profissional da área de saúde do Brasil e no Sistema Único de Saúde-SUS, também está presente a justificativa do estudo e seus objetivos: principal e específicos.

O segundo capítulo escrevemos a revisão de literatura, após a realização de uma busca nas bases de dados acerca do tema podemos descrever adequadamente a integração ensino, serviço e comunidade e sua importância para a formação dos profissionais de saúde no Brasil. Dividido em três tópicos diferentes: Processo de formação dos profissionais de saúde; Contexto histórico da formação dos profissionais de saúde no Brasil; e A integração ensino, serviço e comunidade no processo de formação de profissionais de saúde.

O referencial teórico do estudo é apresentado no terceiro capítulo, nele discutimos conceitos importantes acerca da Teoria das Representações Sociais-TRS, desde sua origem até os estudos atuais. Nele existe o subtópico Núcleo Central das Representações Sociais, que descreve como pode ser estruturada uma representação social.

No quarto capítulo apresentamos todo caminhar metodológico que percorremos para a coleta e análise de dados desta pesquisa. Senda assim descrevemos o tipo de pesquisa, os campos de pesquisa, os participantes, assim como os instrumentos de coleta de dados e suas análises.

O quinto capítulo apresenta os resultados desta pesquisa, estes são apresentados em forma de três manuscritos intitulados: A integração ensino serviço e comunidade e suas representações sociais; Estrutura das representações sociais de discentes da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade; e Núcleo central das representações sociais de discentes sobre integração ensino, serviço e comunidade.

Ao fim deste trabalho apresentamos as conclusões do nosso estudo, neste sexto capítulo retomamos os objetivos propostos associado aos resultados encontrados, confirmamos a tese e elencamos as contribuições para o estímulo das ações de integração ensino, serviço e comunidade na formação dos profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças nos cenários das políticas públicas de saúde ao longo dos últimos anos e a reforma sanitária brasileira acarretam como consequências as transformações nas práticas de atenção e na formação dos profissionais da área da saúde, estas incentivaram a implantação de currículos integrados, articulações ensino serviço e comunidade e a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais. Atualmente a formação de profissionais de saúde nas Instituições de Ensino Superior - IES do Brasil deve ser baseada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de seus respectivos cursos instituídas pelo Conselho Nacional de Educação.

Essas diretrizes destacam dentro do perfil do egresso a importância da formação de um profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Sendo assim, no processo de formação, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo atividades práticas que permitam a associação entre a ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2001).

O contexto social contemporâneo Almeida, Teston e Medeiros (2019), destacam as intensas transformações de natureza política, científica, cultural, tecnológica e econômica, com impactos importantes na formação acadêmica, que exigem das universidades e dos docentes a adoção de estratégias diferenciadas para o ensino de qualidade e que responda às necessidades não só do mercado de trabalho, mas também da sociedade. E reforçam que, o mundo do trabalho, no qual a vida acontece, deve ser considerado como espaço vivo de formação profissional, em que conhecimentos, habilidades e atitudes são ensinados e vivenciados em ato, na vida cotidiana.

Nesta perspectiva, Reibnitz et. al. (2016) destacam que estes são espaços que aproximam os discentes da área de saúde à realidade da comunidade, permitindo assim uma formação problematizadora capaz de preparar o futuro profissional de saúde para o trabalho no SUS, substituindo assim o modelo tradicional de ensino. Neste contexto, o ‘aprender fazendo’, com pausas retrospectivas sobre as ações visando aprender a partir das reflexões realizadas tem repercussões no processo ensino-aprendizagem, para o exercício de uma prática reflexiva que articula o mundo do trabalho com a academia, aproximando o processo de formação com as demandas reais dos serviços.

A integração ensino serviço e comunidade permite a aproximação gradativa dos acadêmicos com a rede de atenção à saúde, valorizando os saberes populares e comunitários presentes no território. Sendo então essencial para fortalecer a Política de Educação Permanente, por meio da atuação das instituições de educação superior e dos profissionais da rede de saúde na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos estudantes, constituindo como estratégia privilegiada na formação de recursos humanos para o SUS.

A integração ensino, serviço e comunidade é fundamental no processo de formação do profissional de saúde, considerando a necessidade de corresponsabilidade de ambos os cenários, pois é evidente que a academia precisa do serviço para realizar formação em consonância com as necessidades deste e da instituição formadora. O encontro do ensino com o serviço é capaz de transformar ambas realidades. Esse encontro tem sido fortemente incentivado a partir de programas de reorientação da formação, entre eles o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que visa aproximar instituições de ensino superior e os serviços de saúde. Sabe-se então que a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o serviço público de Saúde potencializa respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde-SUS (PERES et al. 2018).

Assim como as ações do programa PET-Saúde que têm gerado mudanças ao estimular a atuação e formação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. A inserção do PET-Saúde provoca reflexão nos processos de trabalho por meio da criação de espaços de discussão interdisciplinares e influenciado a reorganização do serviço, em prol do fortalecimento da integração ensino-serviço (GARCIA, SAMPAIO, COSTA, et al. 2019).

Existem potencialidades e desafios na parceria entre as universidades e as instituições de saúdes, especialmente com relação a uma formação voltada para a implementação dos princípios do SUS e a troca de experiências de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, há a possibilidade de renovação de conhecimentos para os profissionais de saúde, em consequência, das práticas, quando há inserção do estudante no cenário real de atenção à saúde.

O modelo de formação em saúde é bastante discutido, no que se refere às práticas curriculares, planos e conteúdo de ensino. A partir das reformas universitária e sanitária exigiu-se outro perfil de profissionais da saúde atuante em diversos campos de prática, mais qualificado e apto às mudanças para atender às reais necessidades da população. Assim,

articulando-se a universidade e o serviço de saúde, verifica-se que existem impactos na formação e qualificação profissional (BALDOINO, VERAS, 2016).

Destarte que, Almeida, Teston e Medeiros (2019) ainda destacam que as IES devem compreender os novos rumos da formação de profissionais em saúde e proporcionar apoio à comunidade acadêmica, seja na formação e aprimoramento dos docentes para interprofissionalidade e suas bases metodológicas e conceituais, seja na criação de espaços de reflexão e trabalho coletivo, nos quais os discentes possam desenvolver competências para o trabalho em equipe interprofissional. Para tanto, são essenciais a prática reflexiva e o planejamento de ações a partir das lacunas identificadas no dia a dia do trabalho, por meio da utilização de uma abordagem coerente e integrada com os múltiplos fatores que influenciam o processo saúde-doença.

Durante minha trajetória de 15 anos como enfermeira, já atuei como enfermeira em Unidades Básicas de Saúde, já leccionei em IES e atualmente trabalho há 10 anos em um hospital de grande porte e durante todo esse período tenho contato com discentes e docentes dos cursos da área de saúde de minha região. Nos últimos anos tive a oportunidade de fazer parte da equipe de preceptores do curso de residência multiprofissional em urgência e emergência do hospital onde trabalho. Todas estas minhas experiências me ajudaram a perceber o quanto a integração ensino serviço e comunidade é capaz de influenciar positivamente a formação do profissional de saúde, além de transformar as realidades encontradas seja na academia, nas instituições de saúde ou na comunidade.

A partir deste contexto emergiu um questionamento:

Quais são as representações sociais de acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade?

Este estudo apresenta como tese que as representações sociais dos discentes da área de saúde sobre a integração ensino, serviço e comunidade agregam saberes, conhecimentos, atitudes e práticas que refletem na organização e condução de práticas de ensino voltadas à formação de profissionais de saúde.

Baseado no questionamento acima traçamos os objetivos do estudo:

Objetivo geral: Analisar as Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Objetivos específicos:

- Identificar a estrutura das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade;

- Aprender os conteúdos das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais - TRS será o suporte teórico-metodológico para realização deste estudo na medida em que oferece condições para apreender o que a integração ensino serviço e comunidade representa para os discentes da área da saúde entrevistados. Conforme emitido pelo estudioso desta teoria, Moscovici (2010), as representações permitem: a aquisição de conhecimentos, possibilitando a comunicação e a interação social; determinam as estratégias cognitivas envolvidas nas ações conforme cada situação enfrentada; permite compreender os motivos da ação expressa no passado diante de contextos específicos; e também situam os indivíduos em grupos que se diferem pelas suas práticas, valores e normas historicamente construídas.

2. Revisão Literária

2.1 Processo de formação dos profissionais de saúde

No processo de formação do profissional de saúde é importante a premissa de que o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, que se realiza no momento do encontro entre o trabalhador de saúde e quem demanda atenção, ou seja, o usuário de saúde. Este encontro é um momento singular, capaz de conhecer o contexto, o universo cultural, os modos específicos do viver de quem demanda atenção. Nesse sentido, o profissional deve ser capaz de possuir uma capacidade de escuta, de estabelecer laços de confiança, ter sensibilidade e atenção para produzir um cuidado que considere as singularidades envolvidas no processo saúde-doença (CAPOZOLLO, 2017).

A autora acima ainda destaca a importância de fornecer subsídios aos estudantes de saúde para que os mesmos compreendam os limites das práticas de saúde centradas em um saber técnico-científico descontextualizado das situações concretas da vida, além de explicitar as diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde, problematizar e ampliar a capacidade de análise sobre o agir profissional.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) intensificaram os debates acerca da formação de profissionais de saúde, que pretendem atuar em um modelo de integralidade do cuidado, proporcionando mudanças nos currículos dos cursos da área da saúde promovidas por políticas de saúde e de educação. Surgindo assim, propostas curriculares inovadoras, integradas, trazendo para a pauta de discussões acerca da necessidade de uma formação em saúde que transcenda os fazeres individualizados de cada profissão. Destaca-se então a importância do trabalho em equipe e da compreensão contextualizada e ampla do processo de saúde-doença (ELY e TOASSI, 2017).

As Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde do Brasil permitem a autonomia para organizar o ensino de acordo com as necessidades de suas regiões. Favorecendo assim organizar e incorporar em seu Projeto Político-Pedagógico - PPP o arcabouço teórico-filosófico do SUS. O PPP é um referencial, que apresenta o perfil do profissional que se deseja formar, é a intencionalidade do ato educativo, sendo então um compromisso político e pedagógico assumido e pactuado por todos os protagonistas de uma Instituição de Ensino Superior (KLOH et al. 2017).

O processo de formação dos profissionais de saúde deve ser planejado conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às transformações constantemente ocorridas na sociedade contemporânea. Estimulando o desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado, estes são fatores imprescindíveis para a construção de um perfil profissional consonante com uma perspectiva ética, política e social da saúde, sendo assim capazes de ao fim de sua formação atuarem no SUS (GARCIA, SAMPAIO, COSTA, et al. 2019).

A Lei 8.080/90, destaca que os contextos de trabalho também se constituem em espaços de formação em saúde, configurando-se obrigatoriamente como cenários de práticas de ensino das instituições de ensino superior (IES) e de pesquisas científicas. Desta maneira, os serviços de saúde são corresponsáveis com as instituições de ensino na determinação das competências profissionais, influenciando o delineamento do perfil dos trabalhadores da saúde (GARCIA, SAMPAIO, COSTA, et al. 2019).

Sendo importante então que os docentes e profissionais da área de saúde atuem no processo de formação de maneira mais crítica para que ocorram mudanças na realidade social, preparando os futuros profissionais de saúde para transformarem a realidade e atuarem na resolução de problemas. A exemplo da pedagogia libertadora, tento como destaque Paulo Freire, um método que enfatiza a relação dialógica entre os docentes e discentes, e entre a população e profissionais, nas práticas educativas de saúde, ou seja, amplia o diálogo e o protagonismo de todos os atores envolvidos no processo ensino aprendizagem (LEITE, SOUSA, NASCIMENTO et al. 2021).

Os autores acima destacam ainda, diversas devem ser as estratégias utilizadas para o discente entrar em contato e em confronto com a realidade que promova a reflexão nas mais distintas situações teóricas e práticas. Isso promoverá a atuação do estudante de forma ativa com a realização de ação-reflexão-ação, promovendo a aprendizagem significativa, a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, além de autonomia e responsabilidade. O discente passa a ser o protagonista em seu processo de aprendizagem. Entre as estratégias que estimulam a autonomia do discente e a prática da ação-reflexão-ação podemos destacar: jogos, estudos de caso, relato de experiência, simulação realística, aprendizagem baseada em problemas, utilização do Arco de Charles Maguerez, entre outros.

Nesse contexto a integração ensino, serviço e comunidade é uma ferramenta capaz de articular os saberes entre os diversos atores e setores da saúde, aprimorando o conhecimento e a formação dos profissionais de saúde, em um cenário que valorize os princípios do SUS,

integralidade, universalidade, intersetorialidade, participação popular e territorialização, transformando assim as práticas de saúde e conseqüentemente a qualidade da saúde da população assistida.

A exemplo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que através da influência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde e dos programas ministeriais indutores de mudanças na graduação – como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008) – possibilitaram o ensino junto aos serviços do SUS, principalmente, no período dos estágios curriculares, além do estímulo das relações de integração ensino-serviço-comunidade (ELY e TOASSI, 2017).

Para contextualizar o nosso objeto de estudo no tópico seguinte iremos apresentar as propostas e tentativas de transformação e mudança nos cenários de formação de profissionais de saúde no Brasil, com o objetivo de preparar os profissionais de saúde para reconhecer as necessidades de saúde de um território conforme princípios e diretrizes do SUS.

2.2 Contexto histórico da formação dos profissionais de saúde no Brasil

Na segunda metade do século XX surgiram críticas sobre a formação dos profissionais no campo da saúde, destacando a necessidade de mudanças para superar problemas como: fragmentação dos conhecimentos e práticas, formação técnica, o reducionismo nas abordagens do processo saúde-doença e o distanciamento das necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente no país (CAPOZOLLO, 2017).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde-SUS, incluindo na Constituição Federal de 1988 surgem preocupações com a formação de recursos humanos para o setor público de saúde. Sendo o tema debatido no movimento da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nos cursos de graduações em saúde e a importância da integração ensino-serviço. Podemos então dividir a história da formação dos profissionais de saúde no Brasil em dois períodos distintos: o primeiro refere-se ao período anterior a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) compreendido entre anos 80 até 2002, e o período pós criação da SGTES em 2003, marcado por novas experiências de reorientação de formação de profissionais de saúde (DIAS et al, 2013).

O Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) criado em 1981, foi pioneiro no estímulo da integração ensino-serviço baseado nos princípios da medicina comunitária, no sentido de dirigir as ações assistenciais para grupos populacionais limitados em áreas rurais ou urbanas e, especialmente, metropolitanas. Mediante a aplicação da política de extensão da cobertura, no Brasil, foram implantados em regiões extensas, programas de iniciativa estatal, baseados no conteúdo e forma organizacional da medicina comunitária, abrangendo principalmente áreas rurais. Porém limitou-se à assistência em saúde, com baixa participação de docentes e segmentação das ações, não resultando em significativas transformações nos currículos (RODRIGUES, 1993; DIAS et al, 2013).

Na tentativa de implantação de uma prática pedagógica inovadora, na formação de profissionais de saúde pela Universidade, surge o Programa Uma Nova Iniciativa-UNI na década de 90. Significa, assim, uma nova etapa no desenvolvimento e nas relações entre os três componentes: Universidade, Sistema Local de Saúde e Comunidade. No Brasil, foram implementados 6 projetos UNI, envolvendo 9 profissões de saúde e articulando um amplo conjunto de serviços de saúde, universidades e organizações comunitárias, porém contou com pouca atuação do Ministério da Saúde na regulação dos processos de formulação do modelo de formação profissional em saúde (MACHADO, 1997; DIAS et al, 2013).

Outra iniciativa que merece destaque na formação em saúde, foi a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) iniciativas direcionadas principalmente para transformação da graduação em medicina. A criação, no ano 2000 dessa comissão teve uma atuação relevante para discussão da formação em medicina, observando os avanços alcançados pela implantação dos projetos da década anterior (DIAS et al, 2013).

A partir de 2003 com a criação da SGTES observa-se um avanço no processo de formação de profissionais de saúde no Brasil, na medida em que é inserida na estrutura do Ministério da Saúde, ou seja, uma secretaria responsável pelo desenho de políticas de formação profissional em saúde orientadas para o fortalecimento do SUS. Esta secretaria foi criada durante a reestruturação do Ministério da Saúde (MS), como principal instrumento federal para mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, visando valorizar e qualificar os trabalhadores da área da saúde. Com o objetivo de resolver os problemas existentes na área e definir políticas, articulando ações vinculadas ao Ministério da Educação e do Trabalho, o Legislativo e a Sociedade Civil e, e as demandas das instâncias federativas gestoras do sistema (MAGNAGO C et al. 2017).

No período entre 2003 e 2004, é lançado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS, reconhecendo o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem. Este projeto foi criado com o objetivo de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendem como atores sociais e agentes políticos capazes de promover transformação no ensino, serviço e comunidade. Desde então, a implementação da política de educação para o SUS vem construindo aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino (DIAS et al, 2013; SOUZA et al, 2019).

Assim em 2004 com o AprenderSUS, o Ministério da Saúde amplia a construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior. Este papel relevante no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança da formação profissional. Uma ampla articulação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES com a ENSP e a Rede Unida possibilitou a realização do Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, orientado conceitualmente pelo currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação a distância (DIAS et al, 2013; BRASIL, 2004).

Ainda em 2004 foi criado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS, no contexto do “Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Saúde”, promovido pelo Ministério da Saúde, tem o compromisso de promover e contribuir para o processo de mudanças curriculares nos cursos de graduação, visando a formação de profissionais habilitados e comprometidos com a Política Nacional de Saúde. Pretende também que tais mudanças sejam orientadas pelos princípios do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais (MÂNGIA e LUGARINHO, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de fevereiro de 2004, ocupa posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde. Naquele ano, as diretrizes da política propuseram a implantação do “Polo de Educação Permanente para o SUS”, reunindo representantes da gestão e da área da educação, com atribuição de detectar problemas e elaborar projetos voltados para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em um território (DIAS et al, 2013).

Considerando que a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior,

os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, é criado o Pró-Saúde em 2005, esperava-se a substituição do modelo de formação: individual, de caráter fortemente especialista e hospitalocêntrico, para um processo formativo que valorizasse os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Essa primeira versão voltou-se para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, ou seja, aqueles que integram a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Destaca-se o protagonismo das Instituições de Ensino Superior (IES) na formulação e implementação das propostas e na estruturação das instâncias de acompanhamento e avaliação do programa. Em 2007, o Pró-Saúde é ampliado para os demais cursos da área de saúde no Pró-Saúde II (BRASIL, 2007; DIAS et al, 2013).

Nesse sentido, são propostos três eixos de organização do Pró-Saúde: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. O primeiro, Orientação teórica aborda assuntos como: determinação da saúde e da doença, a produção de conhecimentos e a oferta de pós-graduação e de educação permanente. Valorizando os aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo de saúde e doença e de redirecionar protocolos e intervenções (BRASIL, 2007).

Já o segundo eixo Cenários de prática destaca pontos importantes como: a integração docente assistencial, a diversificação dos cenários de prática e a articulação dos serviços próprios das instituições acadêmicas no contexto do SUS. A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia. O Último eixo aborda a Orientação Pedagógica, reconhecendo a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e que coloquem o docente como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde possui então os objetivos de reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação

e na educação permanente; incorporar, no processo de formação do profissional de saúde, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2005).

Podemos destacar então que o Pró-Saúde promoveu a integração ensino-serviço, envolvendo os cursos de graduação da área da saúde com as secretarias de saúde e gradualmente outros serviços e os demais níveis de atenção, buscando atuar na lógica das redes de atenção à saúde. A partir das mudanças curriculares nos cursos incluídos no Pró-Saúde e da crescente necessidade de estimular a formação de docentes com perfil adequado às necessidades do SUS, reconhecendo a necessidade do processo de integração ensino-serviço como estímulo para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de graduação, sendo então o serviço público de saúde um constante cenário de prática é criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET-Saúde (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde tem como princípio subsidiar a formação de profissionais de saúde para atender ao perfil socioepidemiológico da população brasileira e tem como referência a integração ensino-serviço-comunidade. Criado em 2008 o PET-Saúde é uma estratégia política desafiadora à consolidação, sendo assim constitui-se em uma ação intersetorial para o fortalecimento da atenção à saúde e contribui para a efetivação das DCN das graduações em saúde. A partir de 2010, a criação dos PET temáticos sinaliza novos rumos da política de formação profissional, destacando o avanço na diversificação de atores e instâncias nas variadas frentes de atuação dos serviços de saúde e não só na atenção básica à saúde (DIAS et al, 2013; FARIAS-SANTOS e NORO, 2017).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde faz parte da agenda dos recursos humanos em saúde do Brasil colaborando com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, e tem como pressuposto a educação pelo trabalho, sendo uma iniciativa voltada para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social. Segundo o Ministério da Saúde (2021) é um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e também iniciação ao trabalho, dirigido aos estudantes. Tem como perspectiva a inserção das necessidades dos serviços do SUS como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

A partir de então foram inseridas novas diretrizes e ajustes dos instrumentos de implementação, que ampliaram o desenvolvimento de grupos PET-Saúde em outras áreas consideradas prioritárias para o SUS, que são: Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), Saúde Mental (PET-Saúde/SM) e Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes). Entre 2008 e 2015, foram disponibilizados oito editais de chamamento público, nesse período o PET-Saúde já desenvolveu quase mil projetos em todas as regiões do Brasil, com diferentes temas e cenários (BRASIL, 2018).

O PET-Saúde/GraduaSUS em 2015, surge como uma iniciativa de mudança curricular das graduações da saúde, em alinhamento às DCN; qualificação e fortalecimento dos processos de integração ensino-serviço-comunidade; e para a formação de preceptores e docentes. Tendo como pressupostos a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a integração ensino, serviço e com unidade, a humanização do cuidado, a integralidade da assistência, e o desenvolvimento das atividades que em diversos cenários de práticas e redes colaborativas na formação para o SUS (BRASIL, 2018).

Em julho de 2018 o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) publica o edital nº 10, de seleção para o Programa de Educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/interprofissionalidade - 2018/2019, convidando assim as secretarias estaduais e municipais de saúde junto às IES a submeterem projetos relacionados ao tema.

Este edital tem como proposta estimular mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde, alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, propondo a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional-EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde. As ações desenvolvidas pelos projetos deveriam envolver atores do SUS e da comunidade acadêmica, como professores, estudantes, profissionais de saúde, gestores e usuários (BRASIL, 2018).

Em 2022 o Ministério da Saúde publica a 10ª edição do PET-Saúde para o período de 2022 a 2023, denominado PET-Saúde: Gestão e Assistência, contemplando assim dois eixos: Gestão em Saúde que pretende desenvolver competências e habilidades que contribuam e colaborem com a gestão das políticas de saúde e com a estrutura e a organização da rede de Atenção à Saúde; desenvolver atividades que instrumentalize a regulação em saúde e a organização da sociedade civil, em uma perspectiva generalista, humanista, crítica e reflexiva,

com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania além de estimular a criação de projetos que contemplem os seguintes temas: Gestão do Trabalho em Saúde; Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Modelos de Atenção à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Ensino na Saúde; Gestão das Práticas de Educação em Saúde; Economia da Saúde; Avaliação Econômica em Saúde; Gestão de Custos em Instituições de Saúde; Judicialização da Saúde sob o Enfoque da Evidência Científica, entre outros (BRASIL, 2022).

O segundo eixo, Assistência à saúde tem a finalidade de desenvolver competências e habilidades que possibilitem aos discentes a atuar nos diversos cenários de prática do SUS, no contexto de articulação ensino-serviço, junto a aquisição de competências e habilidades específicas da atividade profissional e da vivência da prática previstas na contextualização curricular. Orienta a criação de projetos a partir dos temas: Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde; Procedimentos na Atenção Primária à Saúde; Atenção Domiciliar do SUS; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar do SUS; Segurança do Paciente; Urgência e Emergência do SUS; Os Cuidados com a Saúde Mental; As Doenças Crônicas; Atenção às Demandas e aos Procedimentos Eletivos; e Iniciativas de Atenção à Saúde, de Gestão em Saúde e de Educação em Saúde Voltadas para a Pandemia de Covid-19, nos três níveis de Atenção à Saúde (BRASIL, 2022).

Ao longo deste tópico podemos perceber que o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade é um componente presente nos projetos preconizados pelas iniciativas de formação de profissionais na área da saúde, e norteia as principais estratégias de melhoria na formação destes profissionais. A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para alinhar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde com os princípios e as diretrizes do SUS.

2.3 A integração ensino, serviço e comunidade no processo de formação dos profissionais de saúde

Ao ser inserido numa universidade o discente está em busca de formação profissional que será adquirida através de estratégias de ensino e aprendizado. Em 1987 Biggs analisou as abordagens de aprendizado como uma combinação de objetivos e estratégias de processamento. Ele descreve os tipos de aprendizado e reconhece três formas de aprendizado (superficial, profundo e estratégico), bem como a existência de fatores individuais e do ambiente

educacional que podem influenciar na abordagem utilizada pelo estudante (ROSSI, GIULIA ZANATA et al.,2021).

O aprendizado superficial refere-se ao entendimento limitado de informações por meio de estratégias de memorização em curto prazo, sem a preocupação de relacionar conhecimentos novos e prévios ou entender mecanismos e princípios. O aprendizado profundo exige do estudante habilidades cognitivas mais complexas para entendimento abrangente de determinado assunto, extração de conceitos, princípios e mecanismos subjacentes. O terceiro tipo de aprendizado, o estratégico, no qual a motivação e a competitividade é o reforço da autoestima, para isso montam-se estratégias de organização de tempo e recursos educacionais em busca de um objetivo, podendo ser utilizadas tanto estratégias de aprendizado superficial como de aprendizado profundo (ROSSI, GIULIA ZANATA et al.,2021).

O aprendizado significativo baseado na associação entre a teoria e a prática, utilizando os ambientes do SUS como principal fonte de aprendizado é essencial para a formação do profissional de saúde. Importante para a manutenção do SUS, pois o trabalho em saúde jamais pode prescindir do elemento humano e de sua capacidade técnica e humanística para a construção da atenção integral. Apreendendo sobre os determinantes do processo saúde-doença em sua complexidade e dinamismo. Observa-se assim que existe uma discussão nas instituições de ensino na área da saúde sobre métodos de aprendizagem que fomentem as mudanças necessárias ao novo profissional da saúde. Havendo assim a transição de métodos clássicos para métodos inovadores (CUSTÓDIO, VIEIRA, FRANCISCHETTI, 2020).

As inovações impulsionadas pelas atuais políticas públicas, além de promoverem maior aproximação entre universidade e o contexto do SUS, também fomentaram a necessidade de integração entre os cursos da saúde. Somado a isso, a compreensão da integralidade da atenção como eixo central do trabalho e do ensino na saúde coloca o trabalho interdisciplinar e interprofissional como uma necessidade fundamental no processo de formação em saúde. É uma formação que aproxima o estudante de graduação do conhecimento em relação ao funcionamento dos serviços públicos de saúde e do trabalho em equipe multiprofissional, possibilitando o desenvolvimento de competências para a autonomia na resolução de problemas (ELY e TOASSI, 2017).

Conceição et al (2018) destacam os desafios para a formação profissional em saúde a partir das lutas travadas no campo da saúde pública com os movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras nas décadas de 1970 e 1980, com uma nova perspectiva de cuidado e

atenção à saúde na perspectiva de um sistema de saúde único e universal com práticas de cuidado integral, descentralizado e territorializado.

A partir de então a formação do profissional de saúde deve ser realizada por meio de ações locais atentas às necessidades de cada usuário. Sendo necessário que essa formação não se restrinja a um processo de ensino pautado exclusivamente na transmissão de conteúdos e centrado no docente, mas construa, junto aos discentes, uma competência para o cuidado, alimentada por recursos coletivos para a ação desse profissional em formação. Destaca-se então a importância da inovação nos modos de formação profissional (CONCEIÇÃO et al, 2018).

A atividade de formação em saúde é muito mais do que a transmissão de conteúdos ou normas resultantes da objetivação de competências necessárias ao profissional do cuidado. É necessário buscar uma aprendizagem de conteúdos conectada com a produção de experiências situadas nos e a partir dos contextos que constituem o campo de trabalho deste profissional em formação (CONCEIÇÃO et al, 2018).

Destarte que, Balduino e Veras (2016) observam em estudo que desde o primeiro ano do curso, existe a preocupação com a inserção precoce na realidade dos serviços e da comunidade. A realidade é colocada como um desafio motivador de uma prática profissional que objetiva a participação no processo de modificação da realidade em relações, condições e espaços mais saudáveis. Sendo a diversificação dos cenários de prática apresentada no PPP dos cursos, que utiliza espaços na atenção básica à saúde, nível secundário, nível terciário e escolas, creches, entre outros. Deste modo, pode-se evidenciar que as atividades identificadas como colaboradoras no processo de formação superior são instituídas nos PPP, oriundos de mudanças que estão passando a contemplar a diversificação dos cenários de prática, bem como a inserção precoce do estudante nos espaços de saúde.

Estudos evidenciam conexões que fomentam o desenvolvimento de programas e projetos implementados para o fortalecimento da integração ensino-serviço nos cursos de saúde, evidenciando que as escolas possuem a intencionalidade política e pedagógica da integração ensino-serviço em seus PPP. Porém existe a crítica da necessidade de maior detalhamento do planejamento das atividades de integração ensino-serviço (BALDOINO e VERAS, 2016).

A relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, profissionais do serviço e usuários pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais comprometidos com a qualidade na saúde e que atenda as reais necessidades da população. A relação entre a Universidade, a Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde, onde são prestados os serviços, deve beneficiar ambas as partes, pois uma instituição necessita da outra. A

universidade necessita de campos para que seus discentes sejam inseridos na realidade social e possam colocar em prática os aprendizados teóricos adquiridos. E, os serviços de saúde necessitam do compartilhamento de experiências e conteúdo entre os docentes, discentes e os profissionais do serviço, porque se estabelece um processo de ensino-aprendizagem contínuo entre ambos, favorecendo o andamento do serviço (BALDOINO e VERAS, 2016).

Estimular a reflexão crítica, a troca de experiências, e os conhecimentos produzidos e acumulados no ambiente de trabalho são pilares para as ações de qualificação e formação dos trabalhadores da saúde críticos e autônomos. Observa-se então que a integração ensino-serviço e comunidade é fundamental nesse processo de formação (ANDRADE, ALVES, CÂMARA, 2018).

O conceito de integração ensino-serviço é baseado num trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores da área da saúde com trabalhadores das equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores, no sentido de promover a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços, sempre considerando a realidade social. Nessa interação é necessário um alinhamento entre as áreas de conhecimento quanto às diversas atividades pedagógicas realizadas nos cenários das práticas da rede de serviços (ANDRADE, ALVES, CÂMARA, 2018).

Observa-se uma série de elementos quanto às fases da interação (negociação, compromisso e execução de atividades), bem como à variabilidade de seu conteúdo ao longo do tempo. Nota-se que a interação no nível operacional se caracteriza por dinâmicas ao longo dos ciclos de relacionamento que abrangem usualmente o semestre letivo, com produção de novas negociações e compromissos para o seguinte (ANDRADE et al. 2014). Esse diálogo constante fortalece essa integração e produz resultados positivos tanto para a formação do novo profissional como para os profissionais e usuários do serviço de saúde.

Sendo assim necessário ampliar o debate e introduzir novos atores em diálogos e parcerias já existentes, a exemplo das relações interinstitucionais secretarias de saúde, gestores de unidades de saúde e universidade. O modo de tecer esses novos entrelaçamentos de processos formativos dos profissionais de saúde requer atuação articulada, o que implica em debater, reescrever, avaliar e qualificar para uma ação integradora na formação, desde o planejamento das ações educativas de forma colegiada e articulada, passando pelo seu desenvolvimento nos serviços de saúde, até a avaliação dos perfis dos egressos das graduações de saúde que estão sendo formado no SUS (ANDRADE, ALVES, CÂMARA, 2018).

Colocar em prática as intenções colocadas no planejamento das ações, mudar lógicas antigas e repensar a formação são as tarefas cotidianas de gestores, trabalhadores da saúde, professores e preceptores. É desta maneira que acontece a integração: através do diálogo, da construção de consensos possíveis, investimentos financeiros e vontades político-administrativas tanto na educação quanto na saúde. Desafios ainda existentes no processo de integração ensino serviço e comunidade (ANDRADE, ALVES, CÂMARA, 2018).

A articulação entre ensino, serviço e comunidade na formação de um novo profissional de saúde proporciona, desde o início da graduação, a integração do estudante com a comunidade e o serviço de saúde, gerando enormes benefícios para os discentes e para os serviços de saúde. Estudos analisados descrevem como resultados da integração ensino, serviço e comunidade: a formação de futuros profissionais de saúde capacitados e habilitados para um trabalho crítico-reflexivo, comprometido com o atendimento resolutivo da população; desconstrução de conceitos cristalizados, tanto nos profissionais quanto nos discentes dos cursos de saúde, decorrentes da formação de caráter eminentemente biológico; assim como a troca de saberes entre estudantes e profissionais (SANTOS, MIRANDA, 2016; MADRUGA et al. 2015).

Os serviços de saúde, assim como seus profissionais também passam por transformações positivas dentro do processo de integração ensino-serviço. Estudos destacam as estratégias de educação permanente que acontecem quando o discente de enfermagem se encontra inserido nos serviços de saúde, esses momentos são capazes de estabelecer mudanças de comportamento e de prática, assim como a renovação dos profissionais dos serviços de saúde, estimulando-os na busca e renovação dos conhecimentos, bem como mostrando-lhes novos caminhos e horizontes que ainda podem ser descobertos no trabalho em saúde (SILVA et al. 2017).

3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Representar é pensar, variáveis fisiológicas, físicas e sociais e devem ser levadas em conta para entender o processo de pensar (Wachelke, 2013). Considerando a intencionalidade de compreender, analisar e identificar a integração ensino serviço e comunidades utilizar-se-á como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais, pois este método permite apreender os significados que um determinado grupo possui em relação a sua realidade. Neste caso o grupo são os acadêmicos da área da saúde que podem revelar seus significados sobre a integração ensino, serviço e comunidade, e a partir disto oferecer a população acadêmica, novos saberes e novas práticas de ensino na área da saúde.

Considerando a afirmação de Wachelke (2013) ao referir que quando um objeto completamente novo aparece na sociedade ou quando um grupo enfrenta algum desafio devido a um objeto preexistente, as condições básicas para a gênese de uma representação social são preenchidas. Notamos a importância de estudar as representações sociais que se destaca por serem consideradas como matéria prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois descrevem a realidade conforme determinado segmento da sociedade. Representação Social é um termo filosófico que denomina a reprodução de uma percepção encontrada na lembrança ou no conteúdo do pensamento. A teoria das Representações Sociais é construída sobre a teoria dos símbolos, sendo as formas de conhecimento social possuidoras de duas faces interligadas: o lado figurativo e o lado simbólico (GUARESCHI E JOVCHELOVITCH, 2011).

O conceito de representação social tem origem na França, em 1961, pelas mãos de Serge Moscovici em sua pesquisa *La psychanalyse – Son image et son public* (A representação social da psicanálise) realizada com a sociedade francesa. Moscovici tem como referência básica o sociólogo Durkheim, que apresentou inicialmente o conceito de representação. Segundo Moscovici (1981) as Representações sociais podem ser compreendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso das relações interpessoais. Sendo então consideradas como versão contemporânea do senso comum (SÁ, 1996).

Estudo de Rouquette em 1988, declara que os processos cognitivos que ocorrem no pensamento social são ligados uns aos outros e não acontecem de forma aleatória. Podemos afirmar então que eles formam um “corpo”. Sendo assim, pensamento social não pode ser

reduzido a um pensamento irracional, repleto de vieses, ele é considerado um pensamento diferente com sua lógica própria (Wolter, Rouquette, 2006).

Segundo Wachelke (2013), o estudo de Rouquette em 1973 propôs a expressão pensamento social para identificar uma modalidade de pensamento que ocorre naturalmente em situações sociais, em que as pessoas organizam suas ideias unidimensionalmente e baseadas em ocorrências extremas. O pensamento comum é social por natureza, já que envolve pessoas ligadas por meio de redes de comunicação. Um objeto social é um foco de práticas refletidas entre pessoas, incluindo o discurso sobre e essas práticas. Então o objeto social é um assunto que as pessoas falam sobre algo que tem pelo menos um grau mínimo de saliência social para atrair o interesse de grupos e estar presente no conteúdo de trocas de comunicação.

Podemos afirmar então que uma representação é um construto sociopsicológico que desempenha um papel simbólico, representando um objeto para alguém, uma pessoa ou grupo. Como tal, uma representação é um produto que resulta de um processo de representar, e sempre substitui o objeto que um sujeito social liga a ela (Wachelke, 2013).

Moscovici introduz os dois processos que dão origem às representações: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é definida pelo autor como a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, se transformam em “supostos reflexos do real”. A ancoragem, como a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando aos valores e práticas sociais. A análise desses processos constitui a contribuição mais significativa e original do trabalho de Moscovici, uma vez que permite compreender como o funcionamento do sistema cognitivo interfere no social e como o social interfere na elaboração cognitiva (MOSCOVICI, 2004).

A objetivação dá origem à definição do núcleo central, uma vez que transforma um conceito em algo concreto. Para Abric (2001), o processo figurativo e social pelo qual esse processo se cristaliza faz com que parte de uma determinada representação - o seu núcleo central - passe a ser evocada e disseminada como se fosse o real para aqueles que a expressam.

A ancoragem está dialeticamente ligada à objetivação, assegurando-se dessa forma as três funções fundamentais de uma representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. A ancoragem permite a incorporação do novo nas redes de categorias que o indivíduo possui. Por meio desse processo, o conhecimento gerado enraíza-se no social, integrando-se à leitura de mundo de cada indivíduo, que procede a uma busca de familiarização das novidades geradas, ancorando-as nas suas vivências, na sua bagagem emocional (MOSCOVICI, 2004; NÓBREGA, 2001).

Jodelet (1981) descreve que as representações são sempre a referência de alguém para alguma coisa, assim o sujeito é autor de uma construção mental e ele pode transformar à medida que se desenvolve. Sendo então as representações um processo mediador entre o indivíduo e a sociedade, dão forma à relação entre o psíquico e a realidade social, não centra-se mais no sujeito individual mas nos fenômenos produzidos pelas relações particulares da realidade social. Percemos assim que são as mediações sociais em suas variadas formas que geram as representações sociais, expressão o espaço do sujeito na sua relação com a alteridade lutando para interpretar, entender e construir o mundo (GUARESCHI E JOVCHELOVITCH, 2011).

Os autores acima ainda destacam que as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm.

Jodelet (1989) desvenda as representações sociais como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Sendo assim é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto (SÁ, 1996).

Uma representação é um conhecimento estruturado que tem um papel determinante no modo como os indivíduos vêm e reagem face à realidade, fica evidente que este conhecimento é dotado de cargas afetivas, é atravessado por um componente afetivo. Emoções vividas em situação de interação coletiva (intersubjetiva) influenciam na elaboração de representações (CAMPOS e ROUQUETTE, 2003).

Na constituição da “grande teoria” proposta por Moscovici encontra-se a dimensão cognitiva estrutural das representações sociais segundo Abric (2001) cujo intuito é explicar ou tornar concreta a realidade produzida pelo imaginário dos indivíduos sobre determinado fenômeno contribuindo para a codificação dos elementos que constituem uma representação social. Na perspectiva de desvelar a realidade imaginada ou produzida pelos acadêmicos de saúde ao vivenciar práticas de integração ensino-serviço que optou-se pela Teoria do Núcleo Central.

As representações sociais trata-se de um conteúdo estruturado sobre um fenômeno ou objeto social relevante, que incorpora aspectos de natureza simbólica, cognitiva, avaliativa e afetiva, e é conscientemente compartilhado com outras pessoas. A escola estrutural do pensamento social entende a representação social como um sistema de unidades cognitivas organizadas numa estrutura de conhecimento (Wachelke, 2009).

O pensamento social tem por finalidade explicar casos isolados e fornecer um entendimento prático da realidade social, este pensamento envolve um conjunto de processos de raciocínio que subordinam a cognição a critérios e necessidades da sociabilidade. Sendo assim, os fatores sociais operam como um metassistema que direciona a cognição individual de acordo com normas, valores e necessidades sociais. Finalmente, o pensamento social não é uma variedade caótica de atividade cognitiva (Wachelke, 2013).

Em seu estudo, Rouquette (2009) descreveu o pensamento social em três propriedades: a multiquificação das relações, a restrição de espaços de raciocínio e a validação tautológica. A multiquificação das relações infere que dois cognemas podem ser ligados por vários tipos de operadores de relação simultaneamente, mesmo se são aparentemente contraditórios, assim permite interpretações múltiplas de eventos e modificando-os de acordo com a variabilidade de contexto. Já a restrição de espaços de raciocínio descreve que o pensamento social opera levando em conta o contexto imediato e as necessidades dos sujeitos que são implicados por uma situação social. Por fim a validação tautológica presente nos produtos sociais, significa que estes tornam-se ‘verdadeiros’ a partir da consideração de grupos sociais, independente da presença de evidências.

Comparar a estrutura como um sistema significa que a mudança em um componente pode ocasionar modificações em qualquer outro elemento. Afirmamos assim que uma estrutura possui três características básicas; é uma unidade significativa; pode transformar-se, ou seja, não é estática; e possui mecanismos de autorregulação que garantem sua conservação como um sistema. Uma abordagem estrutural visa identificar processos e propriedades estruturais, independentemente dos conteúdos de representações ou símbolos específicos (Wachelke, 2013).

A teoria de Abric (2001) diz que as representações sociais são organizadas em torno de um núcleo central que confere a representação o seu significado e os elementos periféricos que são flexíveis, mutáveis e sustentam a construção da representação. Assim tem-se dois elementos que se possui características próprias, mas se complementam para estruturar a representação social de um determinado grupo.

A principal teoria proposta pela escola estrutural é a teoria do núcleo central. Segundo ela, toda representação é formada por dois sistemas de cognemas (unidades cognitivas). O núcleo ou sistema central e o sistema periférico. O núcleo central da representação compreende os elementos consensuais que definem a representação e organizam os demais elementos. Esses

elementos geralmente são mais abstratos. O núcleo central tende à estabilidade, e uma mudança nesse sistema implica uma mudança de representação (Wachelke, 2009).

Já o sistema periférico refere-se aos aspectos mais particulares da representação, por meio dos quais atores sociais isolados a adaptam a situações específicas do cotidiano. São elementos que tratam de aspectos mais individualizados, regidos pelos elementos centrais. Além disso, funcionam como esquemas de ação, guiando diretamente práticas sociais. Descrever uma representação em termos estruturais, ao menos em sua essência, equivale a identificar os elementos que compõem o seu núcleo central (Wachelke, 2009).

3.1 Núcleo Central das Representações Sociais

Podemos afirmar então que atitudes são justificadas e explicadas por representações sociais, assim como conhecimentos práticos e compartilhados por membros de grupo são objetos sociais. Uma teoria já clássica afirma que uma representação social é uma estrutura composta por dois sistemas formados por elementos. Um sistema é composto por elementos consensuais e mais resistentes que definem os aspectos mais importantes e definidores este é chamado de núcleo central. Um segundo sistema denominado periférico, possui elementos mais particulares e flexíveis, adaptando a representação social a contextos e práticas específicos (Wachelke, 2013).

No fenômeno das representações sociais, objeto de estudo de pesquisadores, refere-se aos processos por meio dos quais os atores sociais dão significado à realidade, através da construção, compartilhamento e transformação de esquemas simbólicos para compreender o ambiente do cotidiano em que vivem e orientar suas ações. Esse processo denomina-se pensamento social, que origina as produções simbólicas, conforme a extensão de compartilhamento, estabilidade e o tipo de objeto social a que se referem, entre outras dimensões (Wachelke, 2009).

No estudo da abordagem estrutural das representações sociais é importante conhecer e apresentar os conceitos-chaves do pensamento social, que são: cognema, universo cognitivo, representação e estrutura cognitiva. Os cognemas são as menores e mais básicas unidades de todo sistema teórico, são então as crenças, opiniões ou ideias. Esses cognemas integram-se em conjuntos interdependentes que por fim forma o universo cognitivo. Sendo assim representação é a interdependência entre os cognemas de um indivíduo e um objeto externo ao próprio

indivíduo. Já a estrutura cognitiva é o conjunto de regras de organização dos cognemas no universo cognitivo (Wachelke, 2013).

A estrutura de uma Representação Social é formada por ideias simples, por unidades cognitivas de significado básicas que segundo Wachelke (2012) são chamadas cognemas. Uma representação social é então, um conjunto de cognemas que se refere a um objeto social e forma uma estrutura de conhecimento integrada compartilhada por um grupo.

Considerando as representações sociais como o produto e o processo de uma atividade mental pela qual o indivíduo ou um grupo reproduz do real e também atribui significados. Jean-Claude Abric em 1976 apresenta pela primeira vez a Teoria do Núcleo Central em suas pesquisas experimentais através de sua tese Doctorat d'État, sob a hipótese de uma organização interna das representações sociais. E destaca que toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão à representação seus significados, sendo então considerada uma das maiores contribuições conceitual, teórico e metodológico nos estudos das representações sociais (SÁ, 1996).

As representações são definidas enquanto modalidade de pensamento social, sendo também mediado por uma dimensão afetiva. A abordagem estrutural não concebe as representações como um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos; tampouco ela se dedica às tentativas de estabelecer relações de primazia do aspecto cognitivo sobre o afetivo ou vice-versa, estabelece uma representação social como uma organização, uma estrutura que é atravessada por diferentes dimensões (CAMPOS e ROUQUETTE, 2003).

Sá (1996) destaca que o núcleo central determina ao mesmo tempo a organização interna e os significados das representações, sendo então o núcleo central um subconjunto da representação, composto de alguns elementos cuja ausência alteraria sua estrutura ou lhe daria um significado diferente. Assim podemos destacar as funções principais do núcleo central: função geradora e função organizadora.

Como função geradora destaca-se que o núcleo central é o elemento pelo qual cria, ou transforma a significação dos outros elementos construtivos da representação, dando assim sentido e valor. Já na função organizadora é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação, sendo então um elemento que unifica e estabiliza a representação (SÁ, 1996).

Referente a abordagem estrutural trata-se de uma perspectiva que entende as representações sociais como estruturas de conhecimento sobre temas sociais, compartilhadas por grupos e formadas por elementos cognitivos ligados entre si. Assim a teoria do núcleo

central, defende que as representações sociais são um duplo sistema formado por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico (WACHELKE e WOLTER, 2011).

As representações sociais possuem algumas características contraditórias, elas são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, são consensuais, mas também possuem fortes diferenças interindividuais. A teoria do núcleo central tenta explicar essas contradições, propondo que as representações sociais são regidas por um sistema interno duplo, sendo que cada um tem seu papel específico e complementar. O primeiro um sistema central composto pelo núcleo central da representação ligado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas, constituindo assim a base comum, possui função consensual. O segundo seria um sistema periférico que é indispensável ao sistema central, constituído pelos elementos periféricos da representação, que promove a interface entre realidade concreta e o sistema central. Sendo assim o sistema central é normativo e o periférico funcional (SÁ, 1996).

A teoria afirma que o núcleo central inclui alguns elementos-chave que geram o significado global da representação e organizam toda a estrutura. Os elementos do núcleo têm raízes históricas e ideológicas fortes e são consensuais no grupo. Já o sistema periférico é a parte flexível da estrutura, não precisa ser comum ao grupo; integra informações particulares à estrutura, ligando-a a práticas e modulações ambientais. Sendo mais flexível, uma de suas funções é defender os conteúdos do núcleo central de contradições, ou seja, se há uma situação que contesta o significado dos elementos centrais, o sistema periférico é ativado e tenta justificar a contradição para resisti-la (Wachelke, 2012).

Sendo então o núcleo central importante para conhecer o próprio objeto da representação, sendo constituído de um ou alguns elementos que ocupam na estrutura da representação uma posição privilegiada. Podendo então ele assumir duas dimensões diferentes: funcional, com situações com finalidade operatória, e normativa em situações com finalidade socioafetivas, sociais ou ideológicas. O autor ainda acrescenta que para que um objeto seja objeto de representação é necessário que os elementos organizadores de sua representação façam parte ou sejam diretamente associados ao próprio objeto (SÁ, 1996).

O núcleo central de uma representação organiza e determina a participação estrutural das cognições afetivamente carregadas através de relações de significação. As representações sociais têm uma estrutura particular, composta de “crenças-nucleares” que geram e gerenciam outras em uma sequência. Esta estrutura explica como os sujeitos podem armazenar e partilhar crenças básicas (estruturantes), e, ao mesmo tempo, integrar as experiências individuais, a riqueza das diversidades individuais (CAMPOS e ROUQUETTE, 2003).

O núcleo é composto por um conjunto restrito de elementos que define a representação social e a organiza; é fortemente compartilhado pelo grupo. O sistema periférico compreende a maior parte dos elementos da representação, os quais possuem natureza condicional e têm caráter mais flexível e prático, adaptando a representação às experiências cotidianas (WACHELKE e WOLTER, 2011).

As representações sociais encontram-se associadas a práticas empregadas por um grupo envolvendo o objeto social referente a esta prática. A posição teórica afirma que as práticas medeiam representações e o ambiente. Sendo assim representações e práticas encontram-se em uma relação de correspondência na maior parte das vezes (Wachelke, 2012).

Assim podemos inferir algumas diferenças importantes entre o sistema central e o sistema periférico. O primeiro está ligado a memória coletiva e à história do grupo, sendo então consensual, define a homogeneidade do grupo, é estável, coerente e rígido. Já o sistema periférico permite a integração das experiências e histórias individuais, respeita a heterogeneidade do grupo, é flexível e suporta as contradições. O estudo destes sistemas ajuda a desvendar as possíveis contradições que são comumente encontradas nos estudos do fenômeno das representações sociais.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Estudo qualitativo, descritivo com sustentação na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural segundo Abric e processual (JODELET), com intuito de analisar e discutir os significados atribuídos pelos acadêmicos de enfermagem acerca da integração ensino, serviço e comunidade. O método qualitativo de pesquisa pode ser entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. A TRS poderá contribuir para a descrição do fenômeno abordado na medida em que mostrará por meio das convicções ou crenças dos acadêmicos da área de saúde, a realidade sobre da integração ensino, serviço e comunidade (MINAYO, 2012).

Segundo Minayo (2012) fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um estudo científico.

4.2. Cenário e participantes do estudo

Para apreender estas representações sociais foi utilizado como campo de pesquisa a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, campus de Jequié, Departamento de Saúde I e II e Departamento de Ciências e Tecnologia, tem como participantes do estudo os acadêmicos de enfermagem, educação física, farmácia, odontologia, fisioterapia e medicina.

Os participantes deste estudo devem elencar os seguintes critérios: acadêmicos do curso de enfermagem a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de fisioterapia a partir do 6º semestre de estudo, acadêmicos de odontologia a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de farmácia a partir do 7º semestre, acadêmicos de educação física a partir do 5º semestre e acadêmicos de medicina a partir do 2º ano de estudo, os períodos letivos relacionados anteriormente foram escolhidos devido sua aproximação do objeto de estudo, ou seja, atividades relacionadas a práticas de campo.

Foram convidados a participar do estudo discentes de cada curso mencionado acima, inicialmente solicitamos de cada colegiado de curso a lista dos alunos com o e-mail, sendo então selecionados conforme critérios de inclusão e enviado e-mail com convite para a participação da pesquisa, por fim aceitaram participar 112 discentes da área de saúde conforme quadro abaixo:

Quadro 1- Distribuição dos participantes do estudo

CURSO DE GRADUAÇÃO	QUANTIDADE
Enfermagem	16
Fisioterapia	25
Medicina	24
Odontologia	17
Educação Física	15
Farmácia	15
TOTAL	112

Em relação à descrição do percurso metodológico do estudo, os métodos de coleta e de análise de dados foram agrupados em três etapas. Na primeira etapa foram descritos os instrumentos de coleta de dados e as análises realizadas para a análise prototípica e de similitude por coocorrência. Na segunda, apresentamos as informações relativas aos testes de centralidade, que são: o *choix-par-bloc*, o *mise-en-cause* e os esquemas cognitivos de base, e, na terceira e última etapa, o processo de coleta e de análise das entrevistas por profundidade.

4.3. 1ª Etapa: Análise prototípica e de similitude

4.3.1 Coleta de dados

A primeira etapa de coleta de dados inclui a aplicação de um questionário de características socioeconômica e da técnica de evocações livres de palavras. Objetivou-se nesta etapa descrever a estrutura das representações sociais dos discentes da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Esta etapa ocorreu em setembro de 2021, foi realizada em dois momentos, no mesmo dia, utilizando dois instrumentos que foram preenchidos através do aplicativo Google Forms. O primeiro instrumento, questionário sócio demográfico tem como objetivo caracterizar os

participantes da pesquisa e possui informações como: idade, sexo, estado civil, tipo de graduação e período letivo.

A técnica de evocação é técnica mais difundida no Brasil, para análise prototípica. Os participantes da pesquisa, evocam o que lhes vêm à mente ao se deparar com o objeto representacional (WOLTER, WACHELKE, NAIFF, 2016). Esta técnica foi aplicada individualmente com os participantes solicitando que evoquem palavras por ordem de relevância utilizando os termos indutores: aula prática em serviço de saúde; formação profissional em saúde; e integração ensino, serviço e comunidade. Foi construído um questionário por meio do aplicativo Google Forms para a coleta destas informações, os participantes que aceitarem responder a pesquisa por meio do aplicativo receberão posteriormente através do e-mail cadastrado uma versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

4.3.2 Análise de dados

O tratamento dos dados da caracterização dos sujeitos foi realizado a partir de sua digitação em arquivos excel® em dados brutos, como preenchido pelos participantes. Em seguida, utilizou-se a análise estatística descritiva através das frequências simples.

Para analisar os dados empíricos provenientes das evocações livres será utilizada a técnica do quadro de quatro casas com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005. Para a análise das evocações livres as palavras evocadas foram organizadas em arquivo de texto e, em seguida, construiu-se um dicionário buscando um melhor aproveitamento na análise. Neste dicionário, utilizou-se a passagem das palavras do feminino e plural para o masculino e singular, bem como foram agrupadas palavras e expressões que fossem sinônimas.

Vergès desenvolveu uma técnica para caracterizar a estrutura de uma representação social a partir das evocações de palavras. Essa técnica constitui-se de duas etapas: a primeira, chamada análise prototípica, baseia-se no cálculo de frequências e ordens média de evocação das palavras, enquanto que uma segunda etapa centra-se na formulação de categorias englobando as evocações e avalia suas frequências, composições e coocorrências (SÁ, 2002; SOUZA, 2019).

Para Wachelke e Wolter (2011) a análise prototípica parte do princípio que os elementos de representação social com importância em sua estrutura são mais acessíveis à consciência. A análise prototípica geralmente é aplicada sobre dados na forma de palavras ou expressões evocadas por participantes ao lerem ou ouvirem um termo indutor. Conforme os valores de suas coordenadas, as palavras ou expressões são então classificadas em “alto” ou “baixo”, conforme um valor de corte de referência. As palavras com frequência alta são aquelas com frequência superior ou igual ao valor de corte de referência para essa dimensão, enquanto que aquelas com valores inferiores situam-se na zona de baixa frequência.

Segundo Flament e Rouquette (2003), a análise prototípica nesse ponto baseia-se no princípio segundo o qual o quanto antes uma pessoa se lembra de uma palavra, maior é a representatividade dessa palavra. O cruzamento das duas coordenadas, classificadas em valores altos e baixos, gera quatro zonas que caracterizam a tabela de resultados da análise prototípica. A zona do núcleo central compreende palavras com alta frequência e baixa ordem de evocação: ou seja, respostas fornecidas por grande número de participantes e evocadas prontamente.

Sendo assim, a junção destes dois fatores: frequência de evocação e ordem média de evocação de cada palavra, originou o quadro de quatro casas onde foi possível o levantamento daquelas palavras ou expressões pertencentes ao provável núcleo central das representações de integração ensino, serviço e comunidade, por seu caráter prototípico e os sistemas periféricos.

4.4 2ª Etapa: testes de centralidade das representações sociais da integração ensino serviço e comunidade

4.4.1 Coleta de dados

A segunda etapa teve início após a coleta e análise dos dados referentes a análise prototípica, onde foram convidados 70 participantes mesmo grupo de sujeitos, a participem de outras técnicas de coleta de dados que auxiliam a compreender a relação entre os cognemas, que são: *Choix-par-bloc* e *mise-en-cause* são duas técnicas complementares para compreender a estrutura interna da representação e destacar o núcleo central, estes foram aplicados ao mesmo tempo, por meio de encontros virtuais através da plataforma digital Google Meet.

Choix-par-bloc ou escolha sucessiva por bloco é um método de hierarquização dos termos evocados. Este método evidencia as relações de similitude no interior da representação, assim como as relações de antagonismo ou exclusão através do cálculo do índice de distância, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos (SÁ, 2002). Sendo assim,

elaborou-se uma lista com 15 elementos (Aprendizado, Prática, Conhecimento, Integralidade, Equipe, Importante, Interagir, Necessário, População, SUS, Universidade, Cuidado, Experiência, Realidade, Saúde) para cada termo indutor “Integração ensino, serviço e comunidade” e, a partir desta, os entrevistados escolheram as cinco palavras que mais caracterizavam o objeto testado e as cinco que menos o caracterizavam, anotando também as palavras restantes.

Mise-en-cause também denominada como técnica de questionamento foi aplicada utilizando as palavras mais expressivas da análise prototípica, reforçando assim os elementos do núcleo central. Também estuda a relação objeto-cognema, mas sob outro aspecto; o da negociabilidade do cognema para o reconhecimento do objeto representacional. São feitas perguntas aos participantes para verificar a centralidade dos elementos e os participantes devem dizer se reconhecem ou não o objeto central. Nesse método solicita-se aos participantes, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez; toda vez que sem a presença de um dos cognemas os sujeitos considerarem o objeto irreconhecível, é que este cognema é central (WOLTER, WACHELKE, NAIFF; 2016).

A terceira técnica aplicada para a confirmação do núcleo central foi a *constituição de pares de palavras*, também teve como participantes 70 discentes da área de saúde, este instrumento de coleta de dados consiste na identificação da propriedade quantitativa dos elementos do núcleo central, por meio de sua conexidade, descrita por Abric (1994) da seguinte maneira: trata-se de pedir ao sujeito, a partir de um corpus que ele mesmo produziu (neste caso evocações sobre integração ensino serviço e comunidade), para constituir um conjunto de pares de palavras que lhe parecem “ir juntas”. A análise de cada par permite assim precisar o sentido dos termos utilizado pelos sujeitos, reduzir sua eventual polissemia. Mas também – na medida em que uma palavra pode ser escolhida diversas vezes – o método favorece o levantamento de termos polarizadores ou palavras charneiras associado a numerosos elementos da representação, e que podem ser seus organizadores (ABRIC, 1994).

A quarta etapa aconteceu através da coleta de dados do Esquema Cognitivo de Base-SCB onde, participaram desta etapa 10 discentes da área de saúde, primeiramente apresenta-se aos sujeitos uma palavra indutora, oriunda dos possíveis núcleos centrais levantados na análise das evocações livres, e os mesmos são solicitados a evocar três palavras que lhes vêm imediatamente à mente, em seguida solicita-se uma justificativa registrada por escrito para cada termo evocado. Após este procedimento, aplicamos, através de um instrumento, a coleta de respostas referente a análise das relações entre a palavra indutora e a palavra induzida. Os 28

operadores são apresentados aos sujeitos em forma de frases padronizadas para que o indivíduo responda sobre a relação entre os elementos (sim, não e talvez) de acordo como relacionarem os elementos (WOLTER, WACHELKE, NAIFF; 2016).

Guimelli e Rouquette em 1992, propuseram este modelo para estudar os tipos de relações possíveis entre elementos. Esta técnica permite reforçar o núcleo central das representações sociais, nele o sujeito é estimulado a categorizar ele mesmo suas respostas, é uma tentativa de ir além da conexidade qualitativa detectada pela análise de similitude, em direção a uma especificação mais fina das diferentes relações entre as cognições de uma representação.

O modelo SCB possui três meta-esquemas: Descritivo, Atribuição e Praxia. Assim partimos do pressuposto, dentro do quadro teórico e conceitual do pensamento social de que toda lembrança corresponde a um registro cognitivo que pode ser funcional, normativo ou descritivo. Tomando a representação social e a memória social como instâncias do pensamento social, propomos que a segunda, como a primeira, comporta três dimensões – prática, avaliativa e descritiva – que correspondem, respectivamente, aos três registros cognitivos postulados por Rouquette (WOLTER, WACHELKE, NAIFF; 2016).

A dimensão prática está relacionada à relação instrumental que os indivíduos possuem com o objeto de representação. Ou seja, uma relação direta com as práticas sociais que os sujeitos desenvolvem em relação ao objeto. A dimensão avaliativa está ligada aos valores, às normas ou a estereótipos fortemente presentes no grupo, permite assim que o grupo faça julgamentos ao objeto. Por fim a dimensão descritiva corresponde à ativação de características, fatos e eventos, associado ao objeto, que o define (WOLTER, WACHELKE, NAIFF; 2016).

Foram então coletados 10 questionários de cada elemento referente a Integração ensino, serviço e comunidade, que são: aprendizado e prática.

4.4.2 Análise de dados

Sendo as Representações Sociais a teoria do senso comum, as técnicas de análise de dados devem de alguma forma desvendar a associação de ideias existentes. Permitindo a emergência dos significados, da esfera simbólica e do desenvolvimento das intencionalidades (GUARESCHI E JOVCHELOVITCH, 2011).

Os dados oriundos da técnica *Choix-par-bloc* serão analisados através da estratégia da análise de similitude, permite assim explorar a relação que une os elementos que compõe a

representação social dois a dois. Ela ajuda a explicar a sua organização e fazer suposições de "centralidade" de certos elementos da representação estudada (AUBERT; ABDI, 2002).

A relevância de cada item é calculada da seguinte forma: para cada assunto, cada item tem um valor que varia de +1 a -1 no bloco em que o sujeito colocou o item, sendo que o valor +1 é para o mais característico, -1 é para o menos característico e 0 para as palavras restantes. Para cada grupo, é possível calcular o destaque médio de cada item, somando o total dos valores conferidos pela soma das relações entre dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos que compunham este grupo. Quanto maior a pontuação, maior destaque para o respectivo item (AUBERT; ABDI, 2002).

Na construção de pares de palavras a conexão de cada item é calculada a partir do índice de similitude: as relações entre o número de coocorrências entre duas palavras e o número de indivíduos. A operação é executada para cada par de cognemas e permite desenvolver a "matriz de similitude" entre todos os itens do corpus dentro do mesmo grupo de indivíduos (MOLINER, 1994). Quanto mais o índice de similitude é próximo de 1, mais os itens em questão estão relacionados. É a combinação de relevância e conectividade que permite considerar os cognemas como um elemento central (AUBERT; ABDI, 2002).

Para os dados coletados através do *mise-en-cause* (técnica do questionamento), como a técnica é de dupla negação, fazemos o cálculo percentual para saber qual das três respostas foi mais escolhida, sim, não e talvez, se as respostas a uma pergunta negativa estão concentradas em mais de 70% na resposta negativa, podemos deduzir que o cognema presente nesta pergunta faz parte do núcleo central da representação (VERGÈS, 2001).

Para analisar os dados da aplicação do roteiro do SCB foram utilizados os índices de valência total, valência descritiva, valência praxia e valência atribuição que permitem conhecer o grau de conectividade dos elementos e nos informam sobre o peso das diferentes dimensões representacionais.

Inicialmente é calculado a valência total que corresponde, para cada elemento, à proporção de conectores ativados em relação aos conectores possíveis de serem ativados, com a variação do índice de 0 a 1. A fórmula é a seguinte: $V_t = \text{quantidade de conectores ativados} / 28$ (nº de conec.) x nº de respostas associativas (WOLTER, WACHELKE, NAIFF, 2016; RATEAU; ROUQUETTE, 1998).

Em seguida o cálculo da valência descritiva, a mesma técnica é aplicada, mas somente os nove conectores do meta-esquema são levados em consideração. A fórmula é a seguinte: $V_d = \text{quantidade de conectores descritivos ativados} / 9$ (nº de conectores descritivos) x nº de

respostas associativas. Os cálculos de valência prática (V_p) e da valência de atribuição (V_a) serão realizados da mesma forma. É importante atentar para o número de conectores práticos (12) e avaliativos (7). Seguido do cálculo de lambda conforme a fórmula: $\lambda = V_t$ (valência total)/($V_p^2 + V_a^2$) (WOLTER, WACHELKE, NAIFF, 2016; RATEAU; ROUQUETTE, 1998).

4.5 Abordagem processual das Representações Sociais: Entrevista em Profundidade

Na última etapa de coleta de dados desta pesquisa utilizamos o roteiro temático para a entrevista em profundidade, com o objetivo de identificar o conteúdo das Representações Sociais dos discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade. Segundo Abric (2001b), a entrevista em profundidade se constitui como importante método aos estudos de representações sociais, sendo caracterizada como uma situação de interação finalizada. Acredita-se, ainda, que a entrevista possibilita o acesso ao conteúdo de uma representação e às atitudes desenvolvidas pelo indivíduo, raramente permite identificar a organização e a estrutura interna da representação, o que reforça a necessidade da associação com outras técnicas.

Foram convidados a participar desta etapa do estudo 13 discentes, respeitando os critérios de amostra aleatória simples. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um roteiro temático para entrevista em profundidade, em novembro de 2021, cada entrevista de profundidade durou em média 15 minutos. As entrevistas foram gravadas por meio da plataforma digital, aplicadas somente por um dos autores deste estudo.

A análise lexical foi realizada com o material discursivo das 13 entrevistas com o auxílio do software IRAMUTEQ e para isto foi salvo em arquivo compatível, o open office. Foi preparado um corpus com as entrevistas transcritas na íntegra e, destes, foram suprimidas as falas do entrevistador. Ao início de cada entrevista foi inserida uma linha de comando contendo o número da entrevista e caracteres utilizados para caracterização, como sexo e tipo de graduação. Estes caracteres estão presentes na identificação de cada unidade de contexto elementar (UCE).

O IRAMUTEQ viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, entre estes, incorpora a análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Essa interface possibilita a partir do corpus original a recuperação dos segmentos de textos e a associação de cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa

dos dados, ou seja, cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (UCI) e transformada em Unidades de Contexto Elementares (UCE) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A partir da classificação, cada uma das classes pode ser descrita pelo seu vocabulário característico. O programa fornece, então, através de cálculos, os segmentos de texto mais característicos de cada classe permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe ou o seu contexto semântico (campo linguístico). Na perspectiva da TRS, as classes podem indicar o conhecimento do senso comum ou teorias sobre um objeto ou sobre aspectos de uma representação (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Assim, a partir dos conteúdos dos discentes da área de saúde foram realizadas interpretações qualitativas com base na TRS na perspectiva da abordagem processual, bem como em referenciais sobre a Integração ensino, serviço e comunidade, a fim de melhor compreender as representações encontradas. Apresentamos abaixo o quadro de síntese das etapas da pesquisa para melhor compreensão:

Quadro 2- Resumo dos métodos aplicados e análise

	PRIMEIRA ETAPA: Análise prototípica e de similitude	SEGUNDA ETAPA: Teste de centralidade	TERCEIRA ETAPA: Teste de centralidade	QUARTA ETAPA: Teste de centralidade	QUINTA ETAPA: Abordagem Processual
PARTICIPANTES	112 discentes da área de saúde	70 discentes da área de saúde	70 discentes da área de saúde	10 discentes da área de saúde	13 discentes da área de saúde
COLETA DE DADOS	- Questionário de características socioeconômica - Técnica de evocações livres de palavras	- <i>Choix-par-bloc</i> - <i>Mise-en-cause</i>	Constituição de pares de palavras	Esquema Cognitivo de Base-SCB	Entrevista em profundidade
ANÁLISE DE DADOS	-Caracterização dos sujeitos: digitação em arquivos excel® - Técnica de evocações livres: EVOC	- Análise do <i>Choix-par-bloc</i> - Análise do <i>Mise-en-cause</i>	Análise da constituição de pares de palavras	Análise do Esquema Cognitivo de Base-SCB	Técnica de análise de conteúdo lexical informatizada através do software IRAMUTEQ

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

4.6 Questões éticas da pesquisa

O projeto será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) e após o parecer favorável o estudo de campo será realizado junto aos informantes

que por sua vez, farão parte do grupo de amostra mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido assegurando sigilo e anonimato, cederão os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como autorização para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais, respeitando assim as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o parecer favorável nº 4.578.112/2021.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão deste estudo em formato de manuscritos científicos, os quais foram elaborados de acordo às normas dos periódicos selecionados. Abaixo segue o título do manuscrito, periódico que será submetido e link das normas aos autores:

Manuscrito 1- Estrutura das Representações Sociais de discentes da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade

Revista: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (Qualis B1)

Normas aos autores: <https://revistaenfermagem.eean.edu.br/instrucoes-aos-autores>

Manuscrito 2- Núcleo Central das Representações Sociais de discentes sobre integração ensino, serviço e comunidade

Revista Enfermagem UERJ (Qualis B1)

Normas aos autores: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/about/submissions>

Manuscrito 3- A integração ensino serviço e comunidade e suas Representações Sociais

Revista: Cogitare Enfermagem (Qualis B1)

Normas aos autores: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/normas-para-preparo-do-artigo/>

5.1 MANUSCRITO 1

Estrutura das Representações Sociais de discentes da área da saúde acerca da Integração ensino, serviço e comunidade

Resumo

Objetivo: analisar os conteúdos e a estrutura das representações sociais de discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade em seu processo de formação profissional. **Métodos:** Pesquisa quanti-qualitativa, sustentada pela Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural, com 112 discentes da área da saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, campus Jequié. Dados coletados através de evocações livres ao termo indutor *integração ensino, serviço e comunidade*, em setembro de 2021 e submetidos à análise prototípica com auxílio do software EVOC. **Resultados:** A estrutura representacional foi formada por três dimensões (formativa, prática e reflexiva) que explicaram a interface entre o possível núcleo central com os termos *aprendizado e prática* e os elementos periféricos. **Conclusão:** A estrutura das representações evidencia as práticas de integração e reforçam a importância destas ações para o aprendizado através do contato com os serviços de saúde e a população.

Palavras-chave: Aprendizado; Capacitação em serviço; Formação profissional em saúde

Abstract

Objective: to analyze the contents and structure of the social representations of students in the health area regarding the integration of teaching, service and community in their professional training process. **Methods:** Qualitative research, supported by the Theory of Social Representations, structural approach, with 112 students in the health area of the State University of Southwest Bahia-UESB, Jequié campus. Data collected through free evocations of the term inducing integration teaching, service and community, in September 2021 and submitted to prototypical analysis with the help of the EVOC software. **Results:** The representational structure was formed by three dimensions (learning, practice and results) that explained the interface between the possible central core with the terms learning and practice and the peripheral elements. **Conclusion:** The structure of representations highlights integration practices and reinforces the importance of these actions for learning through contact with health services and the population.

Keywords: Learning; In-service training; Professional training in health

Introdução

A integração ensino, serviço e comunidade é fundamental no processo de formação do profissional de saúde, considerando a necessidade de corresponsabilidade entre os cenários de formação, pois é evidente que a academia precisa do serviço para realizar formação em consonância com as necessidades de ambos. O modelo de formação em saúde é bastante discutido, no que se refere às práticas curriculares, planos e conteúdo de ensino. A partir das reformas universitária e sanitária exigiu-se outro perfil de profissionais da saúde atuante em diversos campos de prática, mais qualificado e apto às mudanças para atender às reais necessidades da população.¹⁻²

Os programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão criado para atender às políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação, são exemplos de ações relevantes de estímulo ao encontro entre ensino, serviço e comunidade. Esse encontro tem sido fortemente incentivado a partir de programas de reorientação da formação, entre eles o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que visa aproximar instituições de ensino superior e os serviços de saúde. Essa articulação potencializa respostas às necessidades concretas da população, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.^{1,3}

Assim como as ações do programa PET-Saúde, que têm gerado mudanças ao estimular a atuação e formação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. O PET-Saúde provoca reflexão nos processos de trabalho por meio da criação de espaços de discussão interdisciplinares e influencia a reorganização do serviço. Tem como princípio subsidiar a formação de profissionais de saúde para atender ao perfil socioepidemiológico da

população brasileira e tem como referência a integração ensino-serviço-comunidade. Criado em 2008 o PET-Saúde é uma estratégia política desafiadora à consolidação, sendo assim constitui-se em uma ação intersetorial para o fortalecimento da atenção à saúde e contribui para a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais-DCN das graduações em saúde.⁴⁻⁵

A formação do profissional de saúde deve ser realizada por meio de ações locais atentas às necessidades de cada usuário. Não deve ser restrita a um processo de ensino pautado exclusivamente na transmissão de conteúdos e centrado no docente, mas que construa, junto aos discentes, uma competência para o cuidado, alimentada por recursos coletivos para a ação desse profissional em formação. A atividade de formação em saúde é muito mais do que a transmissão de conteúdo ou normas resultantes da objetivação de competências necessárias ao profissional do cuidado. É necessário buscar uma aprendizagem de conteúdos conectada com a produção de experiências situadas nos e a partir dos contextos que constituem o campo de trabalho deste profissional em formação.⁶

A partir dos pressupostos acima podemos compreender que as perspectivas para a prestação da assistência e para a formação profissional na área da saúde indicam a necessidade de ações e estratégias que devem ser articuladas e integradas entre a Universidade e os serviços de saúde. A partir de definições e diretrizes que estejam em conformidade com as necessidades de saúde da população e da proteção dos trabalhadores, formando e capacitando os profissionais de saúde. Enfatizando a necessidade de se manter o diálogo entre o ensino e o serviço.⁷

Diante do exposto, este artigo tem o objetivo de analisar os conteúdos e a estrutura das representações sociais de discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade em seu processo de formação profissional.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais - TRS será o suporte teórico-metodológico deste estudo na medida em que oferece condições para apreender o que a integração ensino serviço e comunidade representa para os discentes da área da saúde. Conforme emitido pelo estudioso desta teoria, Moscovici (2010), as representações permitem: a aquisição de conhecimentos, possibilitando a comunicação e a interação social; determinam as estratégias cognitivas envolvidas nas ações conforme cada situação enfrentada; permite compreender os motivos da ação expressa no passado diante de contextos específicos; e também situam os indivíduos em grupos que se diferem pelas suas práticas, valores e normas historicamente construídas.⁸

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, sustentado pela TRS em sua abordagem estrutural, definida como Teoria do Núcleo Central. Considerando que as atitudes são justificadas e explicadas por representações sociais, assim como conhecimentos práticos e compartilhados por membros de grupo são objetos sociais. Definindo assim representações sociais como o produto e o processo de uma atividade mental pela qual o indivíduo ou um grupo reproduz do real e também atribui significados. O núcleo central determina ao mesmo tempo a organização interna e os significados das representações, sendo então o núcleo central um subconjunto da representação, composto de alguns elementos cuja ausência alteraria sua estrutura ou lhe daria um significado diferente. Assim podemos destacar as funções principais do núcleo central: função geradora e função organizadora⁹⁻¹⁰.

Os dados foram coletados através da aplicação da técnica de evocação livre e do questionário de caracterização dos sujeitos, foram entrevistados 112 discentes dos cursos de

graduação da área de saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Campus de Jequié, que são odontologia, enfermagem, farmácia, educação física, medicina e fisioterapia.

Os participantes do estudo foram escolhidos conforme os seguintes critérios de inclusão: acadêmicos do curso de enfermagem a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de fisioterapia a partir do 6º semestre de estudo, acadêmicos de odontologia a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de farmácia a partir do 7º semestre, acadêmicos de educação física a partir do 5º semestre e acadêmicos de medicina a partir do 2º ano de estudo, os períodos letivos relacionados anteriormente foram escolhidos devido sua aproximação do objeto de estudo, ou seja, atividades relacionadas a práticas de campo.

Esta etapa ocorreu em setembro de 2021, foi realizada em dois momentos, no mesmo dia, utilizando dois instrumentos que foram preenchidos através do aplicativo *Google Forms*. Na técnica de evocação livre os participantes da pesquisa, evocam o que lhes vêm à mente ao se depararem com o objeto representacional. Esta técnica foi aplicada individualmente com os participantes solicitando que evoquem palavras por ordem de relevância utilizando o termo indutor: integração ensino, serviço e comunidade. Os vocábulos provenientes da técnica de evocações foram organizados em documento *Word*, que constituiu o corpus de análise.

O tratamento dos dados se deu pelo *software* Ensemble de *Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC), versão 2005, que analisa estatisticamente os dados textuais de uma rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição de palavras evocadas com a atribuição de sua ordem de importância. A análise foi realizada pela técnica do quadro de quatro casas ou análise prototípica com o intuito de identificar o possível núcleo central das representações sociais. A combinação desses dois critérios, frequência de evocação e ordem média de evocação de cada palavra, possibilita o levantamento daquelas que mais provavelmente pertencem ao núcleo central da representação, por seu caráter prototípico, ou,

por sua saliência. Na técnica, a partir da interseção da frequência média de evocação do inteiro conjunto de palavras com a média de suas respectivas ordens médias de evocação, são definidos quatro quadrantes que conferem diferentes graus de centralidade às palavras que os compõem.¹¹

O quadrante superior esquerdo, composto pelos termos mais frequentemente evocados e de menor ordem média indica o provável núcleo central, enquanto o quadrante inferior direito, composto pelos termos menos evocados e de maior ordem média indica a segunda periferia. O quadrante esquerdo inferior possui conteúdos com baixa frequência e também uma baixa média da ordem de aparecimento, sendo denominado de zona de contraste, onde, com frequência, pode ser detectado um subgrupo representacional. O quadrante superior direito relaciona-se à primeira periferia, onde estão os elementos que frequentemente reforçam os elementos centrais.¹¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o parecer favorável nº 4.578.112/2021, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os participantes antes do início da entrevista.

Resultados

A tabela 1 descreve o perfil dos participantes da pesquisa, é possível observar a presença de todos os cursos de graduação da área da saúde ofertados pela UESB, com predomínio de discentes dos cursos de fisioterapia (25) e medicina (24). A integração ensino, serviço e comunidade estimula a atuação interprofissional preparando assim os futuros profissionais de saúde para a atuação no SUS respeitando seus princípios de diretrizes. Em relação ao período acadêmico este foi distribuído entre 4º e 10º semestres respeitando assim os critérios de inclusão. A maioria dos discentes 65,2% cursam entre o 7º e 10º semestre, o que possibilita a aproximação dos discentes com o objeto de estudo e a construção dos conteúdos e da estrutura das representações sociais dos discentes acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos discentes da área de saúde. Jequié/BA, 2021 (n = 112)

Variável	Nº	%
Curso de graduação		
Enfermagem	16	14,3
Medicina	24	21,4
Fisioterapia	25	22,3
Farmácia	15	13,4
Ed. Física	15	13,4
Odontologia	17	15,2
Semestre da graduação		
4º Semestre	19	17
5º Semestre	11	9,8
6º Semestre	9	8
7º Semestre	18	16
8º Semestre	14	12,6
9º Semestre	17	15,2
10º Semestre	19	17
Não respondeu	5	4,4
Faixa etária		
18-25 anos	76	67,8
26-35 anos	27	24,1
Acima de 35 anos	5	4,5
Não respondeu	4	3,6
Sexo		
Masculino	37	33
Feminino	73	65
Não respondeu	2	2

Em relação à estrutura das evocações, os sujeitos evocaram 242 palavras diferentes, que formaram o quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 07, frequência média de 12

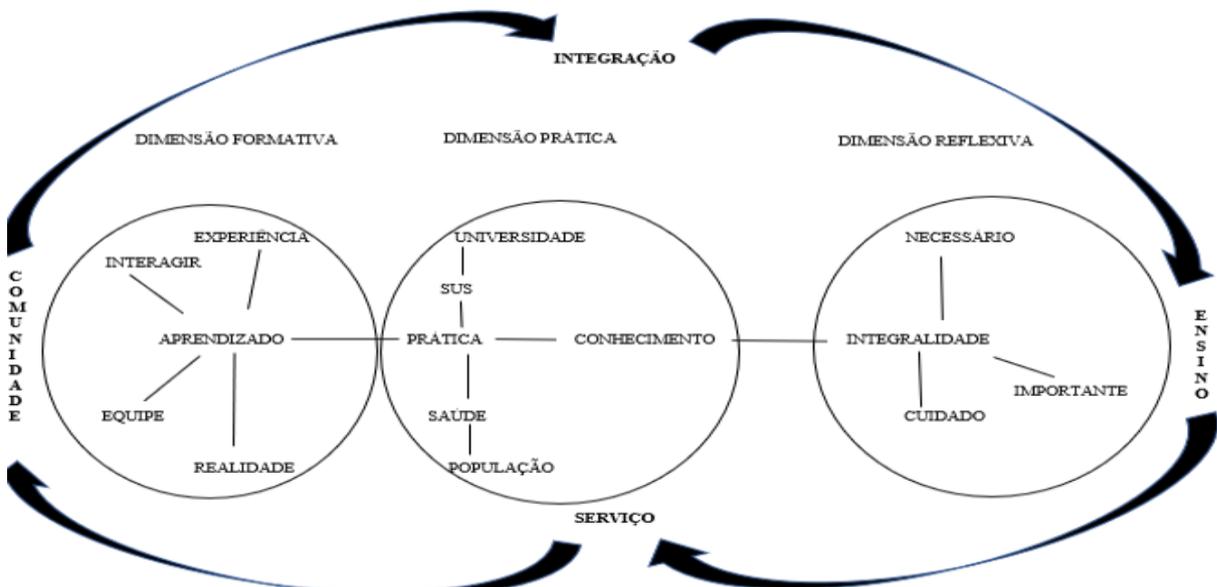
e a ordem média das evocações 3,1. O quadro 1 apresenta o resultado elaborado pelo *software* EVOC 2005.

Quadro 1. Estrutura das representações sociais dos discentes da área da saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade. Jequié/BA, 2021 (n = 112)

Freq. Med. ≥ 12	Termo evocado	Freq.	O.M.E. < 3,10	Termo evocado	Freq.	O.M.E. > 3,10
	Aprendizado	18	3,056	Conhecimento	13	3,769
	Prática	19	3,053	Integralidade	12	3,250
< 12	Equipe	9	2,667	Cuidado	11	3,636
	Importante	7	2,286	Experiência	7	3,143
	Interagir	7	2,714	Realidade	8	3,125
	Necessário	10	2,100	Saúde	11	3,455
	População	7	2,143			
	SUS	11	2,182			
	Universidade	11	2,455			

A estrutura psicossocial (figura 1) foi constituída por 3 dimensões emergidas em significados que apontaram um processo de construção contínuo e dinâmico sobre a integração ensino, serviço e comunidade: a dimensão formativa; a dimensão prática e a dimensão reflexiva.

Figura 1. Estrutura representacional dos discentes da área da saúde sobre a integração ensino, serviço e comunidade. Jequié/BA, 2021 (n = 112)



Fonte: arquivos da pesquisa.

Discussão

Dimensão Formativa: efetivação de propostas pedagógicas

Os termos interligados ao cognema aprendizado compreendem que esta dimensão destaca que através da integração ensino, serviço e comunidade é possível formar novos aprendizados, efetivando assim as propostas pedagógicas dos cursos de graduação da área de saúde. A dimensão formativa tem assim a função descritiva. Os discentes da área de saúde descrevem então que durante o processo de integração ensino, serviço e comunidade acontece aprendizado e que este aprendizado é resultado das práticas e experiências que acontecem em ambientes reais, com interação entre equipes de saúde de atuação no SUS, durante o processo de formação profissional.

Os cognemas evocados nesta dimensão destacam o compromisso de formar profissionais de saúde para o SUS, reconhecendo a realidade da comunidade e do serviço. A aproximação da universidade com o serviço é reconhecida como uma forma de efetivação da proposta política e pedagógica do curso, impossível de ser concretizada sem a participação dos diversos atores do SUS, entre eles a população assistida e os profissionais de saúde. A percepção dos discentes acerca das experiências de integração ensino, serviço e comunidade destaca a existência de trocas de saberes, sendo importante considerar os conhecimentos prévios e atualizações, o que torna a aproximação dos contextos.¹²

As representações dos discentes perpassam pela experiência que a integração ensino serviço e comunidade é capaz de promover aprendizado. É possível descrever que a presença do estudante nos serviços de saúde desencadeia reflexões importantes nas equipes de saúde. Assim como o estudante, que está imerso no cotidiano desses serviços acionam os diversos conhecimentos que foram apreendidos ao longo da sua formação e a contextualizá-los a

realidade encontrada. A integração ensino, serviço e comunidade, quando devidamente planejada possibilita ganhos a todos os envolvidos, universidade, docentes, discentes, profissionais de saúde e comunidade.¹³

Sendo então o termo aprendizado constituinte do núcleo central das representações sociais, dando assim significado ao objeto social que neste caso é a integração ensino, serviço e comunidade. Estando o aprendizado diretamente interligado aos termos periféricos: experiência, interagir, equipe e realidade. Reforçando assim a importância da valorização e inclusão de ações de integração ensino, serviço e comunidade no projeto pedagógico dos cursos da área de saúde para a formação de profissionais de saúde críticos e reflexivos capazes de transformar positivamente a realidade encontrada.

Dimensão prática e suas relações com o ensino, serviço e comunidade

O termo central desta dimensão é o cognema prática que está ligado aos termos periféricos: SUS, universidade, conhecimento, saúde e população. A partir desta dimensão podemos perceber que a representação de integração ensino, serviço e comunidade encontra-se estruturada nas práticas que acontecem no processo de formação dos profissionais de saúde durante a graduação. Os discentes compreendem assim, que existe uma inter-relação entre universidade (ensino), SUS (serviço) e população (comunidade) capaz de gerar saúde e conhecimento.

Ao longo dos anos, a formação de profissionais de saúde vem se transformando, saindo de um modelo mais tecnicista reforçado pelo paradigma flexneriano para um mais humanístico, considerando as dimensões sociais, psicológicas e econômicas. É possível identificar que os percursos formativos pautados na formação em serviço e inúmeros espaços de diálogo e

reflexão são estratégias diferenciadas, porém é necessário o alinhamento pedagógico dos profissionais que estão no dia a dia do serviço e do ensino.¹⁴

Nota-se a importância de estimular a formação de profissionais mais harmônica com a realidade e a transformação de centros acadêmicos isolados em sistemas acadêmicos que operam em Rede de Atenção à Saúde ligando os diversos serviços do SUS. Assim como, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) devem sugerir que o desenvolvimento curricular seja voltado para as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações em todas as fases da graduação. Assim entre as formas de desenvolver conteúdos e práticas essenciais à formação está a articulação efetiva entre instituição de ensino e rede de saúde.¹⁴

Sendo assim a dimensão prática reflete a importância da constante associação entre teoria e prática durante todo o processo de formação do profissional de saúde, além do reconhecimento dos cenários de prática como espaços de ensino e aprendizagem, geradores de conhecimento. Formando assim profissionais aptos para atuação no SUS, respeitando seus princípios de diretrizes.

Dimensão reflexiva e os resultados da integração

As representações dos discentes da área de saúde encontram-se estruturadas no termo evocado integralidade que possui relação direta com os termos periféricos: cuidado, necessário e importante. A partir de então podemos apreender que a integração ensino, serviço e comunidade é capaz de transformar o processo de formação do profissional de saúde, em suas representações os discentes conseguem refletir acerca da necessidade e da importância dessa articulação para o cuidado integral, reconhecendo o indivíduo como sujeito bio, psico e social que se encontra inserido numa comunidade.

A diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas nas demandas e necessidades de saúde da população, vêm estimulando mudanças no modelo de formação e de desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil. Nesse cenário, as Instituições de Ensino Superior vem buscando adequar seus currículos e cenários de prática às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), favorecendo experiências de aprendizado em serviço que se voltam à realidade e à concretude do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁵ A integração ensino, serviço e comunidade é reconhecida assim como um instrumento de formação profissional, necessário no preparo do futuro profissional para sua atuação no SUS, que dentro de sua legislação tem a integralidade como um princípio.

AS Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), apontam que a formação profissional na área da saúde deve enfatizar as necessidades do SUS, o empoderamento dos sujeitos e das comunidades a partir do reconhecimento e fomento da diversidade da cultura local e da gestão participativa das ações de saúde-cultura no território. Assim, a integração ensino-serviço possibilita uma maior articulação da unidade e comunidade. A mudança na visão dos estudantes, imersos no contexto do trabalho em saúde, possibilitou compreender que o trabalho em saúde deve ter como princípios a inter ou transdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e a responsabilidade territorial da assistência.¹⁶

Destacamos que através da integração ensino, serviço e comunidade é possível estimular o pensamento crítico, criativo e reflexivo do futuro profissional de saúde, pois trata-se de uma interação profunda entre seus protagonistas e a realidade dos serviços de saúde.⁷ Sendo assim considerado como importante espaço de reflexão e ação para a construção de novos saberes e práticas dentro do SUS.

Em suas representações os discentes apontam que a integração ensino, serviço e comunidade é necessário e importante por apresentar resultados positivos na formação dos

profissionais de saúde, como por exemplo um olhar ampliado para a produção do cuidado em saúde que reconhece a autonomia e as particularidades dos sujeitos a serem cuidados.

Conclusão

O objetivo traçado para este estudo, analisar os conteúdos e a estrutura das representações sociais de discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade em seu processo de formação profissional, foi alcançado na medida em que foram expostos os elementos que constituem uma representação social e sua organização interna, ou seja, a distribuição e a relação existente entre os conteúdos centrais e periféricos.

O pensamento social dos participantes implicou na interface da formação efetivada através das propostas pedagógicas que ao serem renovadas identificam a integração ensino, serviço e comunidade como um instrumento de formação profissional, passando pelas práticas de integração que estabelecem uma inter-relação entre a universidade, os diversos campos de prática do SUS e a população, e por fim apresenta a importância e a necessidade desta integração como “locus” de reflexão para a efetivação dos princípios do SUS.

Neste sentido as representações estão estruturadas em um possível núcleo central formado pelos termos aprendizado e prática, estes elementos possuem maior significado nas representações dos discentes, os elementos periféricos sustentam a representação e dão sentido ao objeto representacional, afirmando assim que integração ensino, serviço e comunidade é um objeto de representação social entre os discentes da área de saúde. A estrutura das representações evidencia as práticas de integração e reforçam a importância destas ações para o aprendizado através do contato com os serviços de saúde e a população.

Podemos destacar como limitação deste estudo o período de pandemia que devido ao risco sanitário reduziu as práticas de integração ensino, serviço e comunidade, diminuindo assim a aproximação dos participantes com o objeto social e ainda a necessidade de aplicação de outros testes de centralidade para confirmação do possível núcleo central destas representações. Por fim, reforçamos que a integração ensino, serviço e comunidade é fundamental para a formação de profissionais de saúde aptos para atuação e valorização do SUS.

Referências

1. Peres CRFB, Marin MJS, Tonhom SFR, Marques MLSF. Desafios atuais na formação do enfermeiro: o olhar dos docentes. *Rev Rene*. 2018;19:e3160.
2. Balduino AS, Veras RM. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev. esc. enferm. USP vol.50 no.spe São Paulo jun. 2016*.
3. Silveira JLGC, Kremer MM, Silveira MEUC, Schneider ACTC. Percepções da integração ensino-serviçocomunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190499 <https://doi.org/10.1590/Interface.190499>
4. Garcia SO, Sampaio J, Costa CRL, Diniz RS, Araújo TA. Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180540
5. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):997-1004, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.15822016.
6. Conceição, CL da; Rosa, RPF da; Santorum, KMT. Intervindo nos processos de formação para o cuidado em saúde: uma experiência com o método de instruções ao sócia. *Rev. bras. saúde ocup., São Paulo*, v. 43, supl. 1, e9s, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000202&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2020. Epub Nov 01, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000005218>.
7. Spagnol CA, Pereira KD, Castro VPN, Figueiredo LG, Borges KKS, Batista LM. Diálogos da enfermagem durante a pandemia: reflexões, desafios e perspectivas para a integração ensino-serviço. *Escola Anna Nery [online]*. 2021, v. 25, n. spe [Acessado 9 Março 2022] , e20200498.

8. Moscovici, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
9. Wachelke, J. Beyond social representations: the conceptual bases of the structural approach on social thinking. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 131-138. 2013.
10. Sá, CP. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ; Vozes, 1996.
11. Verges P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994. p.233-253
12. Khalaf DK, Reibnitz KS, Vendruscolo C, Lima MM, Oliveira VBCA, Correa AB. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. *Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria*, v. 9, ex, p. 1-20, 2019.
13. Franco ECD, Oliveira VPC, Lopes BL, Avelar VC. A integração ensino-serviço-comunidade no curso de enfermagem: o que dizem os enfermeiros preceptores. *Enferm. Foco* 2020; 11 (3): 35-38.
14. Lacerda, SR, Braccialli, LAD, Lazarini, CA. Políticas públicas para a formação médica no SUS: representações sociais de profissionais e estudantes. *Rev. APS* ; 24(3): 542-554, 2022-01-29.
15. Pinto TR, Cyrino EG. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26: e200770 <https://doi.org/10.1590/interface.200770>
16. Alonso, CMC, Cazeiro, APM, Costa, MC, Mecca, R. C. (2021). Formação para o SUS: a trajetória de adesão de um curso de terapia ocupacional às políticas indutoras de mudança curricular pró e PETSaúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2771. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2094>

5.2 MANUSCRITO 2

O Núcleo Central das Representações Sociais de discentes sobre integração ensino, serviço e comunidade

Resumo

Objetivo: identificar a estrutura das Representações Sociais dos acadêmicos da saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais na abordagem estrutural, realizado em uma universidade no interior da Bahia. Participaram 112 discentes da área de saúde, no período setembro a dezembro de 2021, por meio das técnicas de evocações livres e testes de centralidade: *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras, *mise-en-cause* e Esquema Cognitivo de Base. A análise ocorreu pelo *software EVOC*, análise de similitude, análise do *mise-en-cause* e análise dos SCB. **Resultados:** a estrutura representacional dos discentes possuem como elementos centrais: aprendizado, prática e população, destacando a importância dessa integração para a formação dos profissionais de saúde. **Conclusão:** Acredita-se que o entendimento da organização do pensamento social dos discentes da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade e possibilite reflexões acerca do fenômeno a fim de estimular mudanças nos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área de saúde.

Descritores: Aprendizado; Capacitação em serviço; Formação profissional em saúde

Abstract

Objective: to identify the structure of the Social Representations of health academics on teaching, service and community integration. **Methods:** Qualitative study based on the Theory of Social Representations in the structural approach, carried out at a university in the interior of Bahia. 112 students from the health area participated in the period September to December 2021, using free evocation techniques and centrality tests: *choix-par-bloc*, constitution of word pairs, *mise-en-cause* and Cognitive Baseline Schema. The analysis was performed using the EVOC software, similitude analysis, *mise-en-cause* analysis and SCB analysis. **Results:** the representational structure of the students has as central elements: learning, practice and population, highlighting the importance of this integration for the training of health professionals. **Conclusion:** It is believed that the understanding of the organization of the social thinking of students in the health area about teaching, service and community integration and allows reflections on the phenomenon in order to stimulate changes in the pedagogical political projects of the courses in the health area.

Keywords: Learning; In-service training; Professional training in health

Introdução

A evolução das tecnologias na Saúde acontece de maneira constante incorporando assim novos procedimentos, com benefícios para a sociedade e oportunizando uma assistência à saúde qualificada. Essa mudança de cenário na saúde exige das instituições formadoras e governos a busca constante de melhorias nos processos de formação do profissional de saúde para enfrentar a dinâmica mercadológica. A integração ensino, serviço e comunidade é apresentada como um instrumento educacional que possibilita vivências em diferentes cenários de prática, constituindo-se em um dispositivo para formação em Saúde, com enfoque em estratégias, gestão, formação e controle social, buscando desenvolver competências nos futuros trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

A integração ensino, serviço e comunidade é fundamental no processo de formação do profissional de saúde, considerando a necessidade de corresponsabilidade de ambos os cenários, pois é evidente que a academia precisa do serviço para realizar formação em consonância com as necessidades deste e da instituição formadora. O encontro do ensino com o serviço é capaz de transformar ambas realidades. Esse encontro tem sido fortemente incentivado a partir de programas de reorientação da formação, entre eles destacamos o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que visa aproximar instituições de ensino superior e os serviços de saúde. Sabe-se então que a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o serviço público de Saúde potencializa respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS.²

O aprendizado significativo baseado na associação entre a teoria e a prática, utilizando os ambientes do SUS como principal fonte de aprendizado é essencial para a formação do profissional de saúde. Importante para a manutenção do SUS, pois o trabalho em saúde jamais pode prescindir do elemento humano e de sua capacidade técnica e humanística para a construção da atenção integral. Apreendendo sobre os determinantes do processo saúde-doença em sua complexidade e dinamismo. Observa-se assim que existe uma discussão nas instituições de ensino na área da saúde sobre métodos de aprendizagem que fomentem as

mudanças necessárias ao novo profissional da saúde. Havendo assim a transição de métodos clássicos para métodos inovadores.³

No processo de construção e formação do futuro profissional de saúde, os conceitos de ensino, serviço e comunidade, bem como o entendimento de integração destes elementos, torna-se um desafio a ser superado e um objetivo a ser alcançado pelas instituições de ensino, a fim de preparar este profissional para atuar no contexto da saúde de forma a promover essa integração ensino-serviço-comunidade. Acredita-se assim que o encontro entre a academia, o serviço e a população potencializam esforços para promover ações colaborativas, atendendo às necessidades sociais e alinhados às políticas de Estado que priorizam a atenção à saúde, fundamentada nas diretrizes do SUS.^{1,4}

A partir das observações relatadas acima traçamos o objetivo deste estudo: identificar a estrutura das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade.

Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação social tem origem na França, em 1961, pelas mãos de Serge Moscovici em sua pesquisa *La psychanalyse – Son image et son public* (A representação social da psicanálise) realizada com a sociedade francesa. Moscovici tem como referência básica o sociólogo Durkheim, que apresentou inicialmente o conceito de representação. Segundo Moscovici (1981) as Representações sociais podem ser compreendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso das relações interpessoais. Sendo então consideradas como versão contemporânea do senso comum. Podemos afirmar então que uma representação é um construto sociopsicológico que desempenha um papel simbólico, representando um objeto para alguém, uma pessoa ou grupo. Como tal, uma representação é um produto que resulta de um processo de representar, e sempre substitui o objeto que um sujeito social liga a ela.^{5,6,7}

Considerando as representações sociais como o produto e o processo de uma atividade mental pela qual o indivíduo ou um grupo reproduz do real e também atribui significados. Jean-Claude Abric em 1976 apresenta pela primeira vez a Teoria do Núcleo Central em suas pesquisas experimentais através de sua tese *Doctorat d'État*, sob a hipótese

de uma organização interna das representações sociais. E destaca que toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão à representação seus significados, sendo então considerada uma das maiores contribuições conceitual, teórico e metodológico nos estudos das representações sociais. O núcleo central determina ao mesmo tempo a organização interna e os significados das representações, sendo então o núcleo central um subconjunto da representação, composto de alguns elementos cuja ausência alteraria sua estrutura ou lhe daria um significado diferente.⁶

Metodologia

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, sustentado pela TRS em sua abordagem estrutural, definida como Teoria do Núcleo Central. O núcleo central determina ao mesmo tempo a organização interna e os significados das representações, sendo então o núcleo central um subconjunto da representação, composto de alguns elementos cuja ausência alteraria sua estrutura ou lhe daria um significado diferente. Assim podemos destacar as funções principais do núcleo central: função geradora e função organizadora.

Foram entrevistados 112 discentes dos cursos de graduação da área de saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Campus de Jequié, que são enfermagem, educação física, farmácia, fisioterapia, medicina e odontologia.

Os participantes do estudo foram escolhidos conforme os seguintes critérios de inclusão: acadêmicos do curso de enfermagem a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de fisioterapia a partir do 6º semestre de estudo, acadêmicos de odontologia a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de farmácia a partir do 7º semestre, acadêmicos de educação física a partir do 5º semestre e acadêmicos de medicina a partir do 2º ano de estudo, os períodos letivos relacionados anteriormente foram escolhidos devido sua aproximação do objeto de estudo, ou seja, atividades relacionadas a práticas de campo.

Este estudo é dividido em cinco etapas. A primeira aconteceu através da aplicação da técnica de evocação livre e do questionário de caracterização dos sujeitos, em setembro de 2021, foi realizada em dois momentos, no mesmo dia, utilizando dois instrumentos que foram preenchidos através do aplicativo *Google Forms*, após aceite do termo de consentimento livre e esclarecido. Na técnica de evocação livre os participantes da pesquisa, evocam o que lhes

vêm à mente ao se depararem com o objeto representacional. Esta técnica foi aplicada individualmente com os participantes solicitando que evoquem palavras por ordem de relevância utilizando o termo indutor: integração ensino, serviço e comunidade. Os vocábulos provenientes da técnica de evocações foram organizados em documento *Word*, que constituiu o corpus de análise.^{6,7}

O tratamento dos dados se deu pelo *software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC), versão 2005, que analisa estatisticamente os dados textuais de uma rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição de palavras evocadas com a atribuição de sua ordem de importância. A análise foi realizada pela técnica do quadro de quatro casas ou análise prototípica com o intuito de identificar o possível núcleo central das representações sociais. A combinação desses dois critérios, frequência de evocação e ordem média de evocação de cada palavra, possibilita o levantamento daquelas que mais provavelmente pertencem ao núcleo central da representação, por seu caráter prototípico, ou, por sua saliência. Na técnica, a partir da interseção da frequência média de evocação do inteiro conjunto de palavras com a média de suas respectivas ordens médias de evocação, são definidos quatro quadrantes que conferem diferentes graus de centralidade às palavras que os compõem.⁸

O quadrante superior esquerdo, composto pelos termos mais frequentemente evocados e de menor ordem média indica o provável núcleo central, enquanto que o quadrante inferior direito, composto pelos termos menos evocados e de maior ordem média indica a segunda periferia. O quadrante esquerdo inferior possui conteúdos com baixa frequência e também uma baixa média da ordem de aparecimento, sendo denominado de zona de contraste, onde, com frequência, pode ser detectado um subgrupo representacional. O quadrante superior direito relaciona-se à primeira periferia, onde estão os elementos que frequentemente reforçam os elementos centrais.⁸

As etapas seguintes da coleta de dados aconteceram em outubro 2021, foram entrevistados 60 discentes da área de saúde, foram utilizados os testes para confirmação de centralidade dos elementos e a ligação entre eles: o *choix-par-bloc*, a constituição de pares de palavras e o *mise-en-cause*. Esses testes foram planejados a partir do resultado anterior, ou seja, a partir da análise prototípica e da análise de similitude por coocorrência, as palavras foram organizadas, para que os possíveis cognemas ao núcleo central fossem testados. O

choix-par-bloc ou escolha sucessiva por blocos permite uma abordagem quantitativa para os elementos da representação, através dela evidenciam-se as relações de similitude no interior da representação, bem como aquelas de antagonismo ou exclusão, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos.

Assim sendo, elaborou-se uma lista com os 15 elementos do quadro de quatro casas ao termo indutor “integração ensino, serviço e comunidade” e solicitou-se que os participantes escolhessem as cinco palavras que mais caracterizavam o objeto, as cinco que menos caracterizavam e anotando também as cinco palavras restantes. A constituição de pares de palavras consiste na identificação da propriedade quantitativa do elemento central por meio de sua conexidade. O método requer solicitar ao sujeito que constitua a partir de um corpus (neste caso as evocações sobre VDCM), um conjunto de pares de palavras que parecem “ir juntas”.

O *mise-en-cause* ou técnica do questionamento é um método qualitativo de verificação da centralidade do núcleo central através da saliência dos itens constituintes do objeto de representação. Desta forma, parte-se do pressuposto que os elementos centrais de uma representação são inegociáveis, ou seja, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez; toda vez que sem a presença de um dos cognemas os sujeitos considerarem o objeto irreconhecível, é que este cognema é central. A análise dos dados dos testes de centralidade procedeu-se em três momentos. No primeiro momento realizou-se a análise do *choix-par-bloc* ou teste de escolha sucessiva por blocos: para cada cognema pontuou-se o valor que variou de +1 a -1, sendo +1 para as palavras do bloco mais característico, -1 é para o menos característico e 0 para o restante. Para cada grupo, calculou-se o destaque médio de cada item, somando o total de valores conferido pela soma das relações entre dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos, encontrando-se o índice de distância.

A operação é executada para cada par de cognemas e permite desenvolver a “matriz de similitude” e o resultado disposto na árvore máxima de similitude. Os dados da constituição de pares de palavras foram analisados por meio da técnica de análise de similitude, sendo calculado para cada par de palavras um índice de similitude (número de coocorrências dividido pelo número de sujeitos), esses dados foram dispostos na matriz de similitude e para facilitar a compreensão construiu-se a árvore máxima.

O *mise-en-cause* é uma técnica de dupla negação, o que define o cálculo percentual para identificar a resposta mais escolhida de cada cognema (sim, não e talvez). A confirmação de um cognema como núcleo central da representação é pautada nas respostas negativas, ou seja, se em mais de 75% das respostas estão concentradas a resposta negativa, pode-se dizer que esse cognema é núcleo central.

A quinta etapa aconteceu através da coleta de dados do Esquema Cognitivo de Base-SCB onde, participaram desta etapa 10 discentes da área de saúde, em dezembro de 2021, primeiramente apresenta-se aos sujeitos uma palavra indutora, oriunda dos possíveis núcleos centrais levantados na análise das evocações livres, e os mesmos são solicitados a evocar três palavras que lhes vêm imediatamente à mente, em seguida solicita-se uma justificativa registrada por escrito para cada termo evocado. Após este procedimento, faremos, através de um instrumento, a coleta de respostas referente a análise das relações entre a palavra indutora e a palavra induzida. Os 28 operadores são apresentados aos sujeitos em forma de frases padronizadas para que o indivíduo responda sobre a relação entre os elementos (sim, não e talvez) de acordo como relacionarem os elementos.

Para analisar os dados da aplicação do roteiro do SCB foram utilizados os índices de valência total, valência descritiva, valência praxia e valência atribuição que permitem conhecer o grau de conectividade dos elementos e nos informam sobre o peso das diferentes dimensões representacionais.

Inicialmente é calculado a valência total que corresponde, para cada elemento, à proporção de conectores ativados em relação aos conectores possíveis de serem ativados, com a variação do índice de 0 a 1. A fórmula é a seguinte: $V_t = \text{quantidade de conectores ativados} / 28 \text{ (n}^\circ \text{ de conec.)} \times \text{n}^\circ \text{ de respostas associativas.}^9$

Em seguida o cálculo da valência descritiva, a mesma técnica é aplicada, mas somente os nove conectores do meta-esquema são levados em consideração. A fórmula é a seguinte: $V_d = \text{quantidade de conectores descritivos ativados} / 9 \text{ (n}^\circ \text{ de conectores descritivos)} \times \text{n}^\circ \text{ de respostas associativas.}$ Os cálculos de valência prática (V_p) e da valência de atribuição (V_a) serão realizados da mesma forma. É importante atentar para o número de conectores práticos (12) e avaliativos (7). Seguido do cálculo de lambda conforme a fórmula: $\lambda = V_t \text{ (valência total)} / (V_p^2 + V_a^2).$ ⁹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o parecer favorável nº 4.578.112/2021, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os participantes antes do início da entrevista.

Resultados

A partir do perfil dos participantes da pesquisa, é possível observar a presença de todos os cursos de graduação da área da saúde ofertados pela UESB, com predomínio de discentes dos cursos de fisioterapia (25) e medicina (24). A integração ensino, serviço e comunidade estimula a atuação interprofissional preparando assim os futuros profissionais de saúde para a atuação no SUS respeitando seus princípios de diretrizes. Em relação ao período acadêmico este foi distribuído entre 4º e 10º semestres respeitando assim os critérios de inclusão. A maioria dos discentes 65,2% cursam entre o 7º e 10º semestre, o que possibilita a aproximação dos discentes com o objeto de estudo e a construção dos conteúdos e da estrutura das representações sociais dos discentes acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Em relação à estrutura das evocações, os sujeitos evocaram 242 palavras diferentes, que formaram o quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 07, frequência média de 12 e a ordem média das evocações 3,1. O quadro 1 apresenta o resultado elaborado pelo software EVOC 2005.

Quadro 1. Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos discentes da área de saúde frente ao termo indutor “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié/BA, 2021 (n = 112)

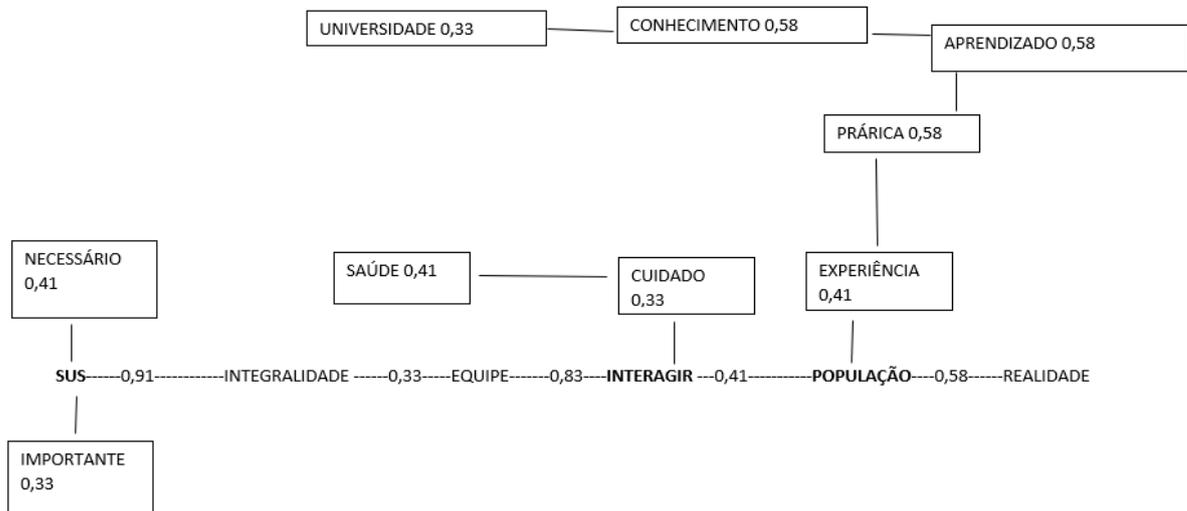
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E < 3,10	Termo evocado	Freq.	O.M.E > 3,10
≥ 12	Aprendizado	18	3,056	Conhecimento	13	3,769
	Prática	19	3,053	Integralidade	12	3,250
< 12	Equipe	9	2,667	Cuidado	11	3,636
	Importante	7	2,286	Experiência	7	3,143
	Interagir	7	2,714	Realidade	8	3,125
	Necessário	10	2,100	Saúde	11	3,455
	População	7	2,143			
	SUS	11	2,182			
	Universidade	11	2,455			

Fonte: arquivos da pesquisa

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos, constituindo provavelmente o núcleo central da representação. Observa-se que as palavras *aprendizado* e *prática*, apresentaram uma frequência maior e foram evocadas mais prontamente, justificando estarem presentes no núcleo central. *Aprendizado* foi o termo mais evocado, *prática* apresentou uma alta frequência, porém menor ordem média de evocações. Nos quadrantes superior e inferior direitos estão situados os elementos de primeira e segunda periferia. Na primeira periferia encontram-se os termos *conhecimento* e *integralidade* com alta frequência e alta ordem média de evocações, essa condição os coloca como elementos periféricos mais importantes em função de suas elevadas frequências, o que podem revelar-se centrais.

O quadrante inferior direito são os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, sendo mais instáveis às mudanças, associando ao contexto de vida e às práticas sociais, são eles: *cuidado*, *experiência*, *realidade* e *saúde*. No quadrante inferior esquerdo ou zona de contraste temos os elementos: *Equipe*, *importante*, *interagir*, *necessário*, *população*, *SUS* e *universidade* que apresentam baixas frequências e foram prontamente evocados, são termos evocados por poucos participantes, mas que podem reforçar as ideias da primeira periferia, complementar e discutir o núcleo central ou ainda revelar a existência de um subgrupo que possui uma representação diferente.

Figura 1- Árvore máxima de similitude por pares de palavras para o termo “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n= 70)

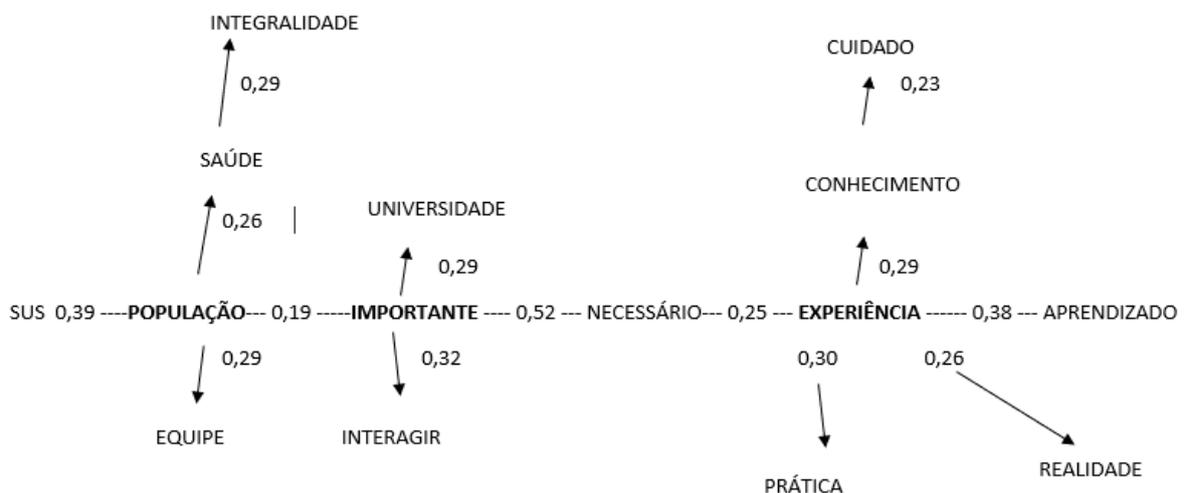


Fonte: arquivos da pesquisa

A constituição de pares de palavras, possibilita a confirmação da centralidade, e como resultado da aplicação do instrumento produziu-se a árvore máxima considerando o cálculo do índice de similitude, conforme a seguir na Figura 1.

As palavras SUS, interagir e população apresentaram o maior número de conexões. Neste contexto as palavras aprendizado e prática, que no quadro de quatro casa são apresentados como possíveis elementos centrais apresentam duas ligações cada. Sendo assim os possíveis elementos centrais deste teste de centralidade são os termos “SUS, interagir e população”, não excluindo os termos prática e aprendizado que possuem ligações importantes.

Figura 2- Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para o termo “integração ensino, serviço e comunidade”. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n= 70)



Fonte: arquivos da pesquisa

Reforçamos assim a importância da aplicação de diferentes testes de centralidade para assim afirmar o elemento central do pensamento social dos discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade. Na aplicação do questionário *choix-par-bloc* que apresenta como resultado outra árvore de similitude, observamos como destaque os termos “população, importante e experiência”. O termo “experiência” apresenta maior número de conexões, cinco ligações, em seguida destacamos os termos “importante e população” com quatro conexões cada. Podemos inferir que a palavra população é um possível elemento central.

Quadro 2 - Distribuição das respostas à técnica do questionamento (*mise-en-cause*) para o termo integração ensino, serviço e comunidade. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n=70)

ELEMENTOS APRESENTADOS	RESPOSTA NEGATIVA CENTRAL		RESPOSTA POSITIVA NÃO CENTRAL		TALVEZ	
	f	%	f	%	f	%
Aprendizado	54	77	2	3	14	20
Prática	60	85	3	5	7	10
Conhecimento	62	88,8	4	5,6	4	5,6
Integralidade	49	70	8	11,4	13	18,6
Equipe	57	81,3	2	3	11	15,7
Importante	30	43	15	21,3	25	35,7
Interagir	58	83	2	3	10	14
Necessário	31	44,3	14	20	25	35,7
População	66	94	2	3	2	3
SUS	45	64,4	9	12,8	16	22,8
Universidade	36	51,6	17	24,2	17	24,2
Cuidado	58	83	4	5,6	8	11,4
Experiência	41	58,6	12	17,2	17	24,2
Realidade	53	75,7	6	8,6	11	15,7
Saúde	56	80	6	8,6	8	11,4

Fonte: arquivos da pesquisa

O *mise-en-cause* ou técnica do questionamento contribuiu no estudo através da identificação sistemática e da propriedade qualitativa dos elementos centrais. Dessa maneira, foram testados os elementos que mais se destacaram na análise do quadro de quatro casas, como os termos do possível núcleo central, primeira periferia e zona de contraste. Os números de respostas negativa, positiva ou talvez referentes a cada elemento seguido da porcentagem, estão apresentados no Quadro 2.

Os elementos destacados no quadro acima com resposta negativa acima de 75% podem ser considerados como possíveis elementos centrais. Assim os elementos mais característicos das RS dos discentes analisados no *mise-en-cause* são: aprendizado, prática, conhecimento, equipe, interagir, população, cuidado, realidade e saúde. O elemento população apresentou maior porcentagem de confirmação 94%. Os termos aprendizado (77%) e prática (85%) que são apresentados como possível elemento do núcleo central também apresentam porcentagem acima de 75%. Assim como o termo conhecimento (88,8%) que aparece no quadrante de quatro casas como elemento de primeira periferia.

As respostas dos discentes da área de saúde aos questionários do SCB deve demonstrar se os cognemas “Aprendizado e Prática” são elementos centrais das representações dos

participantes sobre integração ensino, serviço e comunidade. Observa-se no quadro 3 abaixo que para o elemento “aprendizado” dos 840 conectores que poderiam ser ativados, foram ativados no total 590 conectores, tendo como valência 0,7. Podemos inferir como um valor elevado pois 70% dos conectores foram ativados, observa-se também que o elemento aprendizado é um elemento prático já que os conectores do meta-esquema de praxia foram os mais ativados com valência de 0,76.

Para o elemento “prática” dos 840 conectores foram ativados 551, tendo como valência 0,65, sendo assim apenas 65% dos conectores ativados. Entre os conectores mais ativados do elemento prática destacamos também o meta-esquema de praxia com valência de 0,7 dando sentido prático ao elemento prática.

Quadro 3 - Distribuição das respostas à técnica do SCB para o termo aprendizado e prática. Jequié, BA, Brasil, 2021. (n=10)

	Conectores do meta-esquema descrição	Conectores do meta-esquema praxia	Conectores do meta-esquema atribuição	Total de conectores ativados
ELEMENTO APRENDIZADO				
Ativados	160	277	153	590
Possíveis	270	360	210	840
Valência	0,59	0,76	0,72	0,7
ELEMENTO PRÁTICA				
Ativados	159	255	137	551
Possíveis	270	360	210	840
Valência	0,58	0,7	0,65	0,65

Fonte: arquivos da pesquisa

Prosseguindo a análise, conforme Flament e Rateau (1998), para se diferenciar os elementos centrais, dos elementos periféricos e periféricos superativados é necessário que se faça o teste do lambda. Este apresenta valor entre 1,19 e 1,55 para os elementos periféricos; o elemento central apresenta o valor entre 0,9 e 1,10; e o elemento periférico superativado apresenta um lambda com valor menor do que 0,88.¹⁰

Como referido no método, para o cálculo do Lambda, utilizou-se a fórmula $(Vt/(Vp^2+Va^2))$ dada por Rouquette e Rateau e a fórmula ponderada reformulada por Wolter na qual a proporção de cada um dos grupos de conectores deve ser considerada, o cálculo é realizado com os conectores totais aos quais os elementos centrais testados se conectam. Ou

seja, leva-se em conta o fato de que não há a mesma quantidade de conectores nos três meta-esquemas. A fórmula de Rouquette e Rateau não leva isso em consideração.^{10, 11}

Seguem os resultados no quadro a seguir:

Quadro 4 – Lambda para os elementos testados nos SCB. Jequié, 2021.

Cognemas Candidatos à Centralidade	Cálculos Realizados	Resultados
Aprendizado	$\lambda (Vt/(Vp^2+Va^2))$	0,64
	$\lambda_{Ponderado} (Vpp/Vap)$	0,94
Prática	$\lambda (Vt/(Vp^2+Va^2))$	0,71
	$\lambda_{Ponderado} (Vpp/Vap)$	0,92

Fonte: arquivos da pesquisa

Considerando o cálculo lambda dada por Rouquette e Rateau os elementos aprendizado e prática são considerados como elementos periféricos superativados. Porém a partir da fórmula ponderada reformulada por Wolter os elementos aprendizado e prática apresentam valores de lambda acima de 0,9 podendo assim serem considerados como elementos centrais das representações sociais do discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade.

Quadro 5 - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural sobre a integração ensino, serviço e comunidades. Jequié, BA, 2021.

Candidatos à centralidade	APRENDIZADO	PRÁTICA	CONHECIMENTO	INTEGRALIDADE	EQUIPE	IMPORTANTE	INTERAGIR	NECESSÁRIO	POPULAÇÃO	SUS	UNIVERSIDADE
INDICAÇÃO DE CENTRALIDADE											
Análise prototípica	X	X									
Pares de palavras							X		X	X	
<u>Choix-par-bloc</u>						X			X		
<u>Mise-encause</u>	X	X	X		X		X		X		
SCB	X	X									
Elementos centrais em 3 ou mais métodos	X	X							X		

Fonte: arquivos da pesquisa

A partir do quadro acima podemos afirmar que os termos aprendizado e prática que são apresentados como possíveis elementos centrais pela análise prototípica são confirmados em dois outros métodos de verificação, o *Mise-em-cause* e o SCB. O termo população aparece na análise prototípica como elemento de primeira periferia, porém pode ser considerado como elemento central por apresentar resultado positivo em três testes de centralidade diferentes: pares de palavra, *Mise-em-cause* e o SCB. Desta forma, pode-se verificar como elementos centrais que organizam a estrutura representacional das representações sociais de discentes da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade: *aprendizado, prática e população*.

Discussão

A teoria do núcleo central descreve a representação social como um conjunto de cognemas, ou elementos cognitivos básicos, compartilhados por uma população, que dão sentido a um objeto do cotidiano.¹¹ Desta forma, descrever a estrutura do pensamento social dos discentes da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade possibilita compreender como estão alicerçadas as suas representações, valores, experiências e ideias frente ao objeto representacional e como intervir de modo a propor práticas sociais que

possibilitem a aplicabilidade das ações de integração durante a formação do profissional de saúde.

A partir das análises dos testes de centralidade é possível afirmar que as RS dos discentes encontram-se estruturadas em três elementos centrais: aprendizado, prática e população. Que atribui sentido positivo do grupo diante da representação, reconhecendo a importância da integração em sua formação profissional.

Sendo então o núcleo central importante para conhecer o próprio objeto da representação, e constituído de um ou alguns elementos que ocupam na estrutura da representação uma posição privilegiada. Podendo então ele assumir duas dimensões diferentes: funcional, em situações com finalidade operatória, e normativa em situações com finalidade socioafetivas, sociais ou ideológicas. Observa-se que as representações foram construídas em torno da dimensão funcional através dos termos aprendizado e prática. Já o termo população constitui um elemento normativo, refere-se ao sistema de valores dos sujeitos e atribui um aspecto social ao núcleo central. Notamos assim que os discentes percebem a população como parte integrante da integração ensino, serviço e comunidade.⁶

As representações sociais trata-se de um conteúdo estruturado sobre um fenômeno ou objeto social relevante, que incorpora aspectos de natureza simbólica, cognitiva, avaliativa e afetiva. Sendo assim podemos afirmar que em suas representações os discentes da área de saúde identificam os elementos aprendizado, prática e população no contexto da integração ensino serviço e comunidade, contextualizando assim o objetivo das ações de integração que é gerar o aprendizado através articulação entre os centros formadores de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e esferas governamentais através de relações estabelecidas entre estudantes, professores, trabalhadores dos serviços de saúde e comunidade, organizando-se entre si, promovendo a construção de espaços para a reflexão.^{4,7}

Como elemento periférico da representação dos discentes destacamos os cognemas conhecimento e integralidade, estes aparecem na análise prototípica como elemento do quadrante superior direito, porém não foram confirmados como elementos centrais nos testes de centralidade, estes elementos podem ser reconhecidos como consequências das práticas de integração. Assim como estudo que relata a experiência de integração na formação de enfermeiros destaca o quanto as ações de integração desenvolvidas pelo PET-Saúde é

capaz de formar um profissional de saúde generalista, humanista, crítico e reflexivo, apto a conhecer os problemas de saúde-doença e intervir na realidade encontrada. Capaz de desenvolver a compreensão da responsabilidade social e cidadania, tendo como eixo central a assistência integral, universalizada e equânime, condizente com os princípios norteadores do SUS.¹²

A articulação entre Instituição de Ensino Superior, instituições de saúde e população podem ser encontradas na representação dos discentes deste estudo, observamos isso através da presença de termos como: aprendizado, prática, população, interagir, presentes nas evocações. A sala de aula e o docente deixam de ser os elementos principais no processo de formação, ele passa a fazer parte de um conjunto de elementos que são essenciais para a formação integral e humanizada.

A relevância dos eventos de integração se mostrou no empoderamento dos sujeitos e das comunidades a partir do reconhecimento e fomento da diversidade da cultura local e da gestão participativa das ações de saúde-cultura no território. As ações dentro e fora da universidade geraram resultados importantes na reorientação da formação dos estudantes e da assistência na unidade de saúde parceira. As ações desenvolvidas possibilitam a articulação e a formação conjunta de profissionais, professores e estudantes, favorecendo mudanças no currículo no sentido de uma maior aproximação com a Atenção à Saúde. Observa-se, assim, a importância das políticas indutoras de mudanças curriculares e de ações que visem à articulação entre o ensino, os serviços e a comunidade, para o fortalecimento do SUS e a transformação das práticas em saúde.¹³

Conclusão

Através deste estudo foi possível analisar a estrutura das representações e identificar o núcleo central das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade. A partir da análise prototípica foi possível compreender o pensamento social dos discentes alicerçados em elementos compartilhados e cognitivamente ativados apresentando como possível núcleo central os termos aprendizado e prática. O sistema periférico foi composto na primeira periferia pelos termos conhecimento

e integralidade; e na segunda periferia pelos termos cuidado, experiencia, realidade e saúde. A zona de contraste apresentou os termos equipe, importante, interagir, necessário, população, SUS e universidade.

Ao longo da análise estrutural a partir do quadro de quatro casas foram realizados testes para definir a centralidade e o papel dos elementos que compõem a representação. No *choix-par-bloc* observou-se que os elementos que apresentaram maiores conexões foram população, experiencia e importante. Na árvore máxima de silimidade dos pares de palavras os elementos com maior saliência foram SUS, interagir e população. No *mise-en-cause* como se constatou nos resultados, os elementos aprendizado, prática, conhecimento, equipe, interagir, população, cuidado, realidade e saúde. O SCB reforça os elementos prática e aprendizado como elementos centrais e ativam o sentido de prática aos elementos.

Assim, a centralidade na RS sobre a integração ensino, serviço e comunidade ocorreu para elementos aprendizado, prática e população, pela confirmação em três métodos aplicados. Entende-se que os discentes da área de saúde através desses elementos, assumindo um papel normativo e funcional. Acredita-se que o entendimento da organização do pensamento social dos discentes da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade possibilite reflexões acerca do fenômeno afim de estimular mudanças nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação da área de saúde.

Este estudo apresentou como limitações o período de pandemia da COVID-19 que afastou os discentes dos campos de prática e estágio, devido ensino remoto.

Referências

- 1- Jaggi LMA, Canabarro ST, Rabin EG, Caregnato RCA. Gestão estratégica promovendo a integração ensino e serviço: implantação de Residência Multiprofissional em Onco-Hematologia. Interface, comunicação, saúde e educação. 2018; 22(66):939-49.
- 2- Peres CRFB, Marin MJS, Tonhom SFR, Marques MLSF. Desafios atuais na formação do enfermeiro: o olhar dos docentes. Rev Rene. 2018;19:e3160.
- 3- Custódio, LAF, Vieira, CM, Francischetti, I. A dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3.
- 4- Dalcól C, Silva Junior EP, Garanhani ML, Vannuchi MTO, Nunes EFPA. Integração ensino-serviço-comunidade: concepções atribuídas pelos estudantes de enfermagem. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 40, n. 1, p. 47-62, jan./jun. 2019

- 5- Moscovici, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- 6- Sá, CP. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ; Vozes, 1996.
- 7- Wachelke, J. Beyond social representations: the conceptual bases of the structural approach on social thinking. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 131-138. 2013.
- 8- Verges P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994
- 9- Wolter, R. P., Wachelke, J., Naiff, D. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em Psicologia* – 2016.
- 10- Flament, C.; Rouquette, M.L. Anatomie des idées ordinaires. Paris: Armand Colin, 2003.
- 11- Wolter, R.P.; Wachelke, J.; Naiff, D. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em Psicologia*, v. 24, n 3, p:1139-1152, 2016.
- 12- Oliveira LC de, Fernandes ACL, Solano LC et al. Trilhas mossoroenses: caminhos do pet-saúde na integração ensino-serviço. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(2):577-81, fev., 2018.
- 13- Alonso, C. M. C., Cazeiro, A. P. M., Costa, M. C., & Mecca, R. C. (2021). Formação para o SUS: a trajetória de adesão de um curso de terapia ocupacional às políticas indutoras de mudança curricular pró e PET-Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2771. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2094>

5.3 MANUSCRITO 3

A INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

RESUMO

Objetivo: Aprender Representações Sociais de discentes da área de saúde sobre integração ensino serviço e comunidade na formação do profissional de saúde. **Método:** estudo qualitativo, com aporte teórico na Teoria das Representações Sociais, realizado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Jequié-Bahia, com 13 discentes da área de saúde, de setembro a novembro de 2021. Dados coletados por meio de entrevista de profundidade e submetidos à análise lexical utilizando o *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** em suas representações acerca da integração ensino, serviço e comunidade, os discentes percebem a importância das ações de integração e reconhecem vivências e práticas em sua formação. Existe relação entre as representações dos discentes com as ações de integração ensino, serviço e comunidade em sua formação profissional. **Conclusão:** as representações sociais evidenciam conhecimento dos discentes acerca da integração ensino, serviço e comunidade e reforça a importância da criação de currículos integrados que estimulem essas práticas.

DESCRITORES: Atenção à saúde; Formação profissional em saúde; Integração docente assistencial; Profissional de saúde; Serviço de saúde.

ABSTRACT

Objective: To learn Social Representations of students in the health area about teaching service and community integration in the training of health professionals. **Method:** qualitative study, with theoretical support in the Theory of Social Representations, carried out at the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia campus, with 13 students in the health area, from September to November 2021. Data collected through interviews with depth and submitted to lexical analysis using the IRAMUTEQ software. **Results:** in their representations about teaching, service and community integration, students perceive the importance of integration actions and recognize experiences and practices in their training. There is a relationship between the representations of the students and the actions of teaching, service and community integration in their professional training. **Conclusion:** social representations show students' knowledge about teaching, service and community integration and reinforce the importance of creating integrated curricula that encourage these practices.

KEYWORDS: Health care; Professional training in health; Teaching assistant integration; Healthcare professional; Health Service.

INTRODUÇÃO

A Integração Ensino Serviço e Comunidade representa importante estratégia para a efetivação do Sistema Único de Saúde-SUS ao articular e estimular a interação entre o processo de formação profissional, representada pelos cursos de graduação, e o serviço de atenção à saúde ofertado pelo SUS. A proposta de integrar as instituições de ensino com o serviço público da área da saúde no Brasil existe desde a década de 70, denominada Integração Docente Assistencial (IDA). Desde então já havia a recomendação da articulação de esforços entre instituições de educação superior e serviços de saúde¹.

As mudanças nos cenários das políticas públicas de saúde ao longo dos últimos anos e a reforma sanitária brasileira acarretam como consequências as transformações nas práticas de atenção à saúde e na formação dos profissionais de saúde, estas incentivaram a implantação de currículos integrados, articulações entre ensino serviço e comunidade e o protagonismo do discente no seu processo de formação profissional.

O modelo de formação em saúde é bastante discutido, no que se refere às práticas curriculares, planos e conteúdo de ensino. A partir das reformas universitária e sanitária exigiu-se outro perfil de profissionais da saúde atuante em diversos campos de prática, mais qualificado e apto às mudanças para atender às reais necessidades da população. Assim, articulando-se a universidade e o serviço de saúde, verifica-se que existem impactos na formação e qualificação profissional².

No processo de formação do profissional de saúde é importante a premissa de que o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, que se realiza no momento do encontro entre o trabalhador de saúde e quem demanda atenção, ou seja, o usuário de saúde. Este encontro é um momento singular, capaz de conhecer o contexto, o universo cultural, os modos específicos do viver de quem demanda atenção. A integração ensino, serviço e comunidade representa a

possibilidade de qualificar simultaneamente a formação e o cuidado em saúde no SUS, com vistas a alcançar a efetivação de seus princípios, como a integralidade do cuidado, com maior resolutividade da atenção em saúde¹⁻³.

Sendo assim, o aprendizado baseado na associação entre teoria e prática, utilizando os ambientes do Sistema Único de Saúde-SUS como principal fonte de aprendizado é essencial para a formação do profissional de saúde. Importante para a manutenção do SUS, pois o trabalho em saúde jamais pode prescindir do elemento humano e de sua capacidade técnica e humanística para a construção da atenção integral. Observa-se assim que existe uma discussão nas instituições de ensino na área da saúde sobre métodos de aprendizagem que fomentem as mudanças necessárias ao novo profissional da saúde. Havendo assim a transição de métodos clássicos para métodos inovadores, assim como o estímulo a práticas de integração entre ensino, serviço e comunidade⁴.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais - TRS será o suporte teórico-metodológico para realização deste estudo na medida em que oferece condições para apreender o que a integração ensino serviço e comunidade representa para os discentes da área da saúde. Conforme definido pelo estudioso desta teoria, Moscovici (2010), as representações permitem: a aquisição de conhecimentos, possibilitando a comunicação e a interação social; determinam as estratégias cognitivas envolvidas nas ações conforme cada situação enfrentada; permite compreender os motivos da ação expressa no passado diante de contextos específicos; e situam os indivíduos em grupos que se diferem pelas suas práticas, valores e normas historicamente construídas⁵.

Neste contexto observa-se a necessidade de estudos que incluam a temática “integração ensino, serviço e comunidade”, e surge assim o seguinte questionamento: Quais são as Representações Sociais de discentes da área de saúde acerca das vivências e práticas de integração ensino serviço e comunidade em sua formação do profissional? Este estudo permitirá

uma melhor compreensão por parte dos discentes da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade em sua formação profissional, permitindo assim novos saberes e práticas de educação fundamentadas nos princípios do SUS, capazes de formar profissionais de saúde comprometidos com a integralidade do cuidado, numa perspectiva ética, política e social.

Este estudo objetiva: apreender as Representações Sociais de discentes da área de saúde sobre a integração ensino serviço e comunidade.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo com sustentação na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual, teve como campo de pesquisa a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, campus de Jequié-BA, Departamento de Saúde I e II, tem como participantes do estudo os acadêmicos de enfermagem, farmácia, educação física e fisioterapia.

Os participantes deste estudo elencaram os seguintes critérios: acadêmicos do curso de enfermagem a partir do 5º semestre de estudo, acadêmicos de farmácia a partir do 7º semestre, acadêmicos de fisioterapia a partir do 6º semestre de estudo e acadêmicos de educação física a partir do 5º semestre, os períodos letivos relacionados anteriormente foram escolhidos devido sua aproximação do objeto de estudo, ou seja, atividades relacionadas a práticas de campo. Este manuscrito é parte de um trabalho de pesquisa de tese de doutorado. Na fase inicial desta pesquisa participaram 112 discentes da área de saúde, para a entrevista de profundidade foram convidados 20 discentes dos cursos elencados acima. Por fim participaram desta fase do estudo 13 discentes, respeitando os critérios de amostra.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um roteiro temático para entrevista em profundidade, no período de setembro a novembro de 2021. Os colegiados dos cursos de graduação citados acima nos forneceram o e-mail dos acadêmicos, assim foi possível convidar os discentes para a participação na pesquisa através da entrevista por meio de uma plataforma

digital Google Meet. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado previamente por e-mail para cada participante e após o aceite foi agendado a entrevista, cada entrevista de profundidade durou em média 15 minutos.

As entrevistas foram gravadas por meio da plataforma digital, aplicadas somente por um dos autores deste estudo e transcritas literalmente para submissão da técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Este programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude).

Deste processamento resultou um corpus que incluiu todos os textos da entrevista transcritos sobre a integração ensino, serviço e comunidade, apresentando exclusivamente o pensamento psicossocial dos discentes da área de saúde sobre esta temática. Para este estudo, considerou-se os resultados provenientes da Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permitiu a análise das raízes lexicais e ofereceu os contextos em que as classes estão inseridas, de acordo com o segmento de textos do corpus da pesquisa. Os depoimentos dos participantes foram codificados a partir do número de ordem da UCE, o termo discente da área de saúde e o valor da associação do teste qui-quadrado a determinada classe. Ex: (D 05, enfermagem, $\chi^2=419.90$).

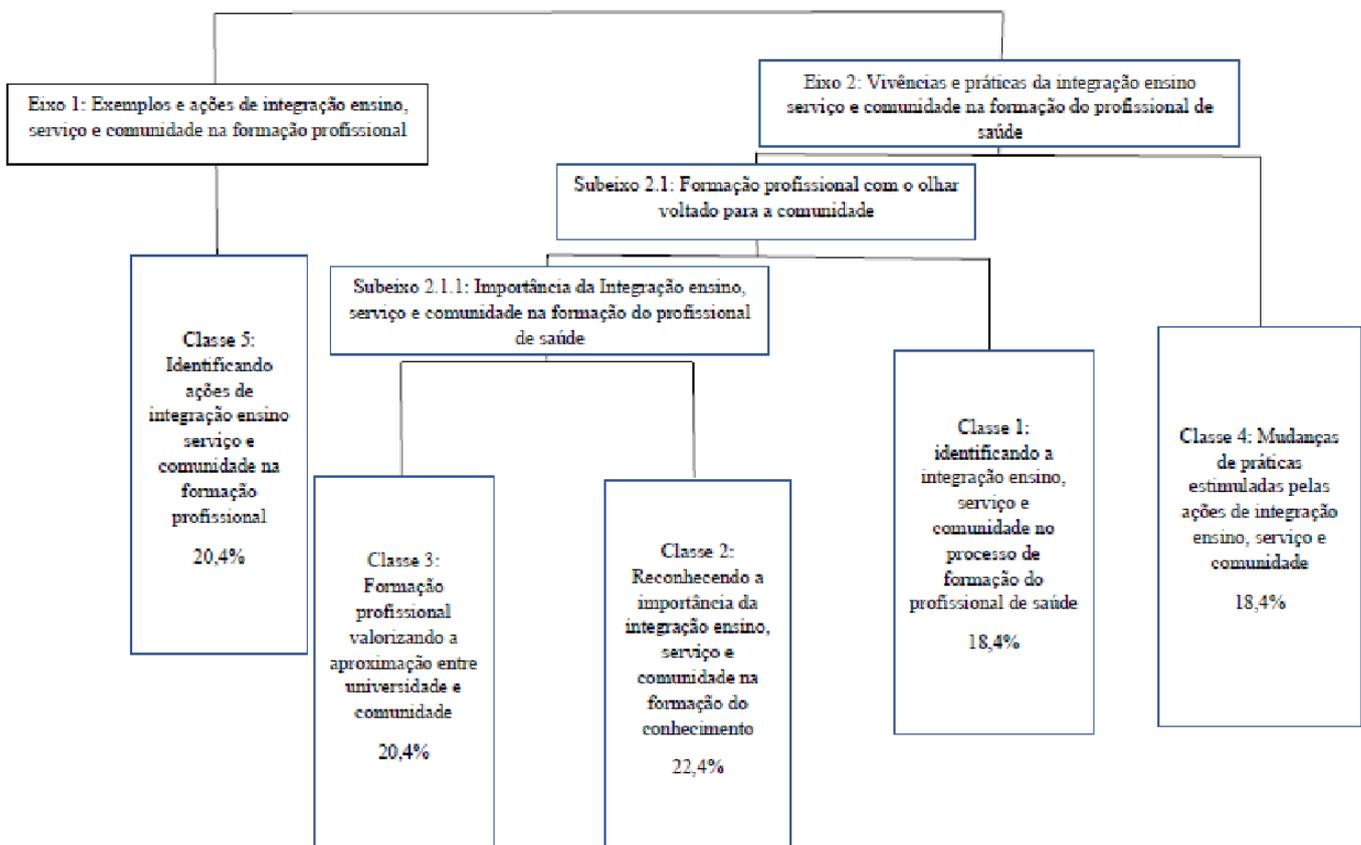
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o parecer favorável nº 4.578.112/2021

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em quatro categorias: sete estudantes de enfermagem, cinco estudantes de fisioterapia e 01 estudante de educação física; em sua maioria, 08 (61,5%) do sexo feminino, com idade variando de 18 a 40 anos.

O corpus geral foi constituído por 13 textos, separados em 72 segmentos de textos (ST) com aproveitamento de 49 ST (68,06%). Emergiram 2678 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 420 palavras distintas e 183 com uma única ocorrência. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, que definiu cinco classes divididas em dois eixos, conforme Figura 1.

Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da classificação hierárquica descendente. Jequié, BA, Brasil, 2021. Fonte: Autores (2021).



No eixo 1 denominado “Exemplos e ações de integração ensino, serviço e comunidade na formação profissional” está incluída a classe 5: Identificando as ações de integração ensino, serviço e comunidade na formação profissional.

No eixo 2 -Vivências e práticas da integração ensino serviço e comunidade na formação do profissional de saúde possui quatro classes. A Classe 4 “Mudanças de práticas estimuladas pelas ações de integração ensino, serviço e comunidade”, ainda emerge deste eixo o Subeixo 2.1 “Formação profissional com o olhar voltado para a comunidade”, está incluso neste subeixo a Classe 1 “Identificando a integração ensino, serviço e comunidade no processo de formação profissional”.

Do Subeixo 2.1 emerge o Subeixo 2.1.1 “Importância da integração ensino, serviço e comunidade na formação do profissional de saúde”, nele estão incluídas a Classe 2 “Reconhecendo a importância da integração ensino, serviço e comunidade na formação do conhecimento” e a Classe 3 “Formação profissional valorizando a aproximação entre universidade e comunidade”.

As representações sociais apreendidas pelos discentes apresentadas na Classe 5 evidenciam existência de ações de integração ensino serviço e comunidade em seu processo de formação profissional. Essas ações são apresentadas pelos participantes como espaço de aprendizado, de cuidado humano e de aproximação da população, destacando a importância do contato com os diversos tipos de público para o aprimoramento profissional.

A conscientização dos cuidados para o mosquito da dengue a covid agora deixa ver o rapaz nas escolas e nos bairros e também a conscientização para hipertensão que já vi fazer muito no posto de saúde ali na sala de espera acho que é isso (D 02, fisioterapia, $x^2= 58.00$).

Aquelas campanhas de uso de preservativo de vacina campanha da vacina campanha dos cuidados e prevenção de DST e também as práticas de exercícios físicos e alimentação saudável (D 02, fisioterapia, $x^2= 16.38$).

Acho que de forma clara e objetiva principalmente para você atingir todos os membros da comunidade porque você pode atender desde criança a idosos e pessoas analfabetas então tem que ter ali todo um preparo pra você lidar com todo tipo de público (D 03, enfermagem, $x^2=29.13$).

O Eixo 2 permite apreender a relação das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca das ações práticas de integração ensino, serviço e comunidade na formação do profissional. Neste eixo notamos que os discentes reconhecem a existência de ações voltadas para a integração ensino, serviço e comunidade durante a sua formação profissional, sendo capaz de identificar a importância destas ações para as mudanças de paradigmas no seu processo de formação, através de uma maior aproximação com a população assistida.

A classe 4 apresenta a palavra “olhar” no sentido de voltar as atenções para a população assistida com um novo olhar; aproximação com a unidade de saúde que permite conhecer a realidade local; desenvolver um olhar humanizado através das atividades de iniciação científica e de extensão comunitária; e um espaço de trocas de experiências. Nesse sentido é possível reconhecer o quanto a integração ensino, serviço e comunidade estimula as mudanças no comportamento do futuro profissional de saúde e valoriza a unidade de saúde como ambiente de aprendizado significativo.

No discurso dos discentes da área de saúde aparece muito a expressão “olhar ampliado para a realidade”, expressando a importância desta experiência com a comunidade e suas implicações no processo de formação do profissional de saúde.

Na prática fazemos ações educativas que também vai acrescentar para gente, a gente foi para a unidade de saúde que desenvolveu o olhar de humanização projetos de iniciação científica e de extensão são ações que vão nos aproximar da população (D 05, fisioterapia, $x^2=72.45$).

Me fez olhar de outra forma para o SUS me fez olhar mais voltado para isso a experiência de unidade de saúde para mim foi muito rica tive contato também com a população no projeto de pesquisa (D 05, fisioterapia, $x^2 = 100.36$).

A Classe 1 os discentes da área de saúde identificam em seus discursos a integração ensino, serviço e comunidade no seu processo de formação profissional, percebem os diversos espaços onde pode acontecer as ações de integração ensino serviço e comunidade e as contribuições para o processo de formação do futuro profissional de saúde.

Como experiência de integração ensino serviço e comunidade é o que por exemplo a universidade nos oferece que são os projetos de extensão que o que a gente faz parte da integração com o serviço e de qualquer forma com a comunidade e também nas práticas das disciplinas (D03, enfermagem, $x^2 = 87.96$).

Na minha formação profissional acontece a integração ensino serviço e comunidade porque a gente interage com a escola com o estudante e com a família também e não só na escola quando a gente faz algum trabalho na universidade que vem a comunidade também participa acontece interação (D04, Educação Física, $x^2 = 98.12$).

Por isso faz com que a gente conheça a realidade dele através de um cuidado integral essa prática de integração aconteceu na minha formação porque envolveram esses 03 fatores que contribuíram no meu processo de formação por exemplo já fiz alguns planejamentos palestras capacitações apresentação de trabalho (D07, enfermagem, $x^2 = 63.44$).

Na classe 3 é possível analisar a valorização do discente pela aproximação entre universidade e comunidade. O termo “comunidade” é fortemente encontrado nos discursos; como um espaço de trocas através da aproximação entre os atores envolvidos no processo de ensino e aprendizado do profissional de saúde; através da oportunidade de praticar o que foi

aprendido na universidade; assim como ampliar o conhecimento e preparando-o para sua futura atuação profissional.

Sim porque agora mesmo na fase que a gente vai estar é justamente isso trabalhar com a comunidade prestar nossos serviços o que a gente aprendeu durante 08 semestres e praticar o que a gente aprendeu durante 08 semestres com a comunidade com a população em geral (D02, fisioterapia, $\chi^2 = 60.24$).

É uma prática que pode se dizer multidisciplinar porque você vai estar aprendendo e ajudando a comunidade então eu acredito que é algo que todo mundo vai ganhar tanto você quanto a comunidade (D02, fisioterapia, $\chi^2 = 56.03$).

Porque quando a pessoa sai da instituição de ensino e vai para a comunidade ela aprende a realidade diferente do que está acostumado a ver na instituição de ensino preparando a pessoa para enquanto o profissional de saúde ele esteja apto para atuar e enfrentar os problemas que ele pode encontrar na comunidade (D08, enfermagem, $\chi^2 = 56.03$).

Na Classe 2 os discentes da área de saúde descrevem em seus discursos a importância da integração ensino, serviço e comunidade para a sua formação profissional e destaca que compartilhar conhecimento com a comunidade é importante para adquirir experiência profissional e ampliar seus conhecimentos. E ainda identificam a integração ensino, serviço e comunidade como essencial para a formação do profissional de saúde.

Como eu acredito que são da própria formação acadêmica então são as práticas da própria disciplina dos projetos de extensão que são oferecidas pela universidade a formação do profissional eu acho que é tudo aquilo que vai compor experiência conhecimento teoria e prática pra vida dele (D03, enfermagem, $\chi^2 = 45.66$).

É importante na formação profissional porque dá experiência e através desta experiência vai adquirindo conhecimento (D04, Educação Física, $x^2 = 41.50$).

Pra mim a integração ensino serviço comunidade é eu pegar todo o aquele conhecimento aquilo que eu venho sempre estudando e compartilhar com determinado serviço com determinada comunidade até porque eu não acredito que deva acontecer a formação profissional em saúde sem ter essa integração (D06, Enfermagem, $x^2 = 31.28$).

DISCUSSÃO

O trabalho em saúde caracterizado pela sua subjetividade, exige dos trabalhadores uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para responder as demandas do trabalho em saúde. Esta formação requer um olhar sensível às necessidades de saúde da população assistida. Sendo então importante que a formação área da saúde seja fundamentada na qualidade do cuidado, devendo estimular o conhecimento dos determinantes sociais da saúde, das necessidades dos usuários de saúde, do perfil epidemiológico, com vivências teórico-práticas através da inserção do discente em cenários de práticas, desde o início de seu processo de formação profissional⁵.

A integração ensino, serviço e comunidade caracteriza-se como a realização de um trabalho coletivo, planejado entre estudantes e docentes com os profissionais e gestores do Sistema de Saúde, com o objetivo de aprimorar a formação e a assistência prestada aos usuários do SUS. A aproximação da formação com a prática assistencial, deve estimular o estabelecimento de relações com os serviços de saúde e com a população, e não apenas práticas de saúde para o cumprimento dos requisitos curriculares⁶.

No discurso dos participantes foi possível apreender que em suas representações acerca da integração ensino, serviço e comunidade, os discentes da área de saúde percebem a

importância destas ações de integração e reconhecem essas vivências e práticas em sua formação profissional. Notamos assim que existe relação entre as representações dos discentes com as ações de integração ensino, serviço e comunidade em formação profissional.

Os discentes representam a integração ensino, serviço e comunidade como uma oportunidade de mudanças de práticas, capazes de estimular um novo olhar, voltado para as necessidades da população assistida, valorizando assim os diversos campos de práticas/estágios como ambientes de aprendizado significativo que estimulam a ação-reflexão-ação.

A abordagem territorial possibilita a reflexão sobre o cotidiano real das pessoas e os determinantes da saúde existentes. O cuidado de usuários inseridos em uma realidade dinâmica traz novos significados às práticas de saúde e permite um aprendizado vivo e transformador. Atividades extramuros da universidade são percebidas como locais de aperfeiçoamento para a formação dos discentes, tendo como foco principal a qualidade dos serviços prestados aos usuários⁷.

Essas representações estão ancoradas nos diversos tipos de práticas educacionais, ao tempo em que reconhecem não só a sala de aula como ambiente de formação assim como as ações de grupos de pesquisa e extensão comunitária. Os serviços são assim representados como '*locus*' do aprender fazendo, da prática em ação, refletindo e promovendo transformações necessárias para aproximar ensino e do serviço.

Em suas representações sociais, é possível apreender que os discentes da área de saúde conseguem identificar as ações de integração ensino, serviço e comunidade durante seu processo de formação, citando vários campos de ação como: escolas, ginásio de esportes, academias, unidades de saúde, famílias. Em relação as ações de integração dos discentes elencam atividades educativas, capacitações, planejamento. Estas são representações positivas que demonstram a importância do estímulo da aproximação entre universidade, campos de prática e população.

Estudo que avalia o processo formativo do profissional enfermeiro, destaca que é mister pensar num currículo sem fragmentação, em que a teoria e a prática tenham a distribuição de carga horária similares e estimule a prática assistencial com criticidade, cientificidade e reflexão na ação, aproximando durante o processo de formação o mundo do ensino e o mundo do trabalho. O discente será então capaz de propor ações e reflexões para a mudança da realidade encontrada⁸.

As representações dos discentes da área de saúde encontra-se também ancoradas na oportunidade de aproximação entre discente e comunidade durante as ações de integração ensino, serviço e comunidade. Sendo assim os discentes descrevem que através desta aproximação é possível adquirir mais experiência preparando-os para o mundo do trabalho.

Outro estudo destaca a integração ensino-serviço como um espaço adequado para o processo de aprendizagem que é estimulado a partir da troca de saberes. O estudante deixa de ser passivo no processo de formação, então não é identificado apenas como alguém que utiliza o serviço para o seu aprendizado, mas como comum sujeito ativo, protagonista que contribui com o serviço e com a comunidade⁶.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo, estes apontam que a interação da universidade com os serviços de saúde possibilita uma formação crítico-reflexiva em cenários de prática, contribuindo para a formação de profissionais generalistas, com o perfil exigido pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Brasil, além de levar benefícios para os serviços de saúde e a comunidade⁹.

Observa-se então que ao serem inseridos nos serviços de saúde, os discentes aproximam-se do mundo do trabalho e de suas necessidades, conhecendo o cotidiano da assistência à saúde e do cuidado, o que permite uma visão mais ampliada sobre as necessidades de saúde da população. Favorecendo uma maior confiança para a futura atuação profissional nos campos da saúde. A inserção dos estudantes em unidades básicas de saúde na etapa inicial

do curso de saúde é uma importante estratégia para o processo de ensino- aprendizagem, também se mostra favorável ao desenvolvimento das habilidades e competências inerentes ao profissional de saúde e a formação crítica-reflexiva¹⁰.

Acerca da presença dos estudantes nos serviços deve ser destacado que, esta presença produz impactos relevantes no fazer em saúde, uma vez que é posto em prática os conhecimentos teóricos atualizados capazes de reorientar as atividades locais e instigar a busca por aperfeiçoamento técnico do trabalhador da saúde. Objetivando uma formação em saúde para o SUS, o processo de ensino aprendizagem deve incluir o estudo dos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços e orientar a produção de conhecimentos teóricos nos espaços formativos¹¹.

Neste contexto, podemos inferir que é essencial pensar na qualificação e valorização dos diversos atores que participam do processo de formação profissional. O modo de planejar essas novas relações de processos formativos de profissionais de saúde requer atuação articulada nas diversas instituições, o que implica debater, reescrever, avaliar e qualificar para uma ação integradora na formação, desde o planejamento das ações educativas, passando pelo seu desenvolvimento nos serviços de saúde, até a avaliação dos perfis dos egressos das graduações de saúde. Desta maneira a integração se acontece: diálogo, construção coletiva, investimentos financeiros e vontades político-administrativas tanto na educação quanto na saúde¹².

As vivências e práticas da integração ensino, serviço e comunidade na formação dos discentes da área da saúde entrevistados destacam o quanto essas ações são importantes para a formação de profissionais de saúde aptos para atuarem nos serviços de saúde, tornando-os mais seguros para o mercado de trabalho ao fim de sua graduação.

Este estudo possui limitações pela dificuldade de acesso aos discentes da área de saúde devido ao período de pandemia que afastou os discentes da universidade, sendo assim o contato

com os discentes aconteceu de forma virtual. O que pode refletir em representações sociais de apenas uma parte de discentes da área de saúde.

CONCLUSÃO

As Representações Sociais de discentes da área de saúde acerca da integração ensino serviço e comunidade na formação do profissional de saúde são evidenciadas a partir das experiências exitosas de integração no seu processo de formação profissional. Os discentes reconhecem e destacam a importância da integração ensino serviço e comunidade devido a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos na universidade, além e aproximar os discentes da comunidade.

Essa aproximação permite novas formas de pensar saúde e mudar a maneira de olhar para a comunidade, reconhecendo assim os serviços de saúde como espaços de aprendizado e cuidado e não apenas de pôr em prática o conhecimento adquirido em sala de aula. Considerando que essas representações sociais evidenciam o conhecimento dos discentes acerca da integração ensino, serviço e comunidade e reforça a importância da criação de currículos integrados que estimulem essas práticas, valorizando essas práticas também como forma de aprimoramento do cuidado à comunidade.

Por fim este estudo evidencia a necessidade da criação de espaços de diálogo entre o ensino, os diversos campos de prática/estágio (secretarias de saúde estadual e municipal) e a comunidade aproximando essa relação, assim como incluir todos os atores no planejamento das ações de integração possibilitando reflexões acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1.Silveira JLGC, Kremer MM, Silveira MEUC, Schneider ACTC. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. Interface (Botucatu). 2020; 24: e190499

2. Balduino AS, Veras RM. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev. esc. enferm. USP* vol.50 no.spe São Paulo jun. 2016.
3. Capozollo AA. Formação em comum de profissionais da Saúde: experiência da UNIFESP, campus Baixada Santista. In: Freire Filho, JR., Silva, CBGS. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?, 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
4. Custódio LAF, Vieira CM, Francischetti IA dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 28 Janeiro 2022], e00272103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00272>>. Epub 26 Jun 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00272>.
5. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
6. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1971-1980, 2018.
7. Pinheiro LCR, Carvalho RB de, Viana PF de S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade e a formação em Odontologia: possíveis conexões e fluxos no ensino na saúde. *Rev ABENO* [Internet]. 31º de dezembro de 2018.
8. Khalaf DK, Reibnitz KS, Vendruscolo C, Lima MM, Oliveira VBCA, Correa AB. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas *Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria*, v. 9, e2, p. 1-20, 2019.
9. Godinho MLC, Clapis MJ, Dias A, Bitencourt F. Processo formativo de enfermeiros: visão de egressos sobre prática e inserção no mundo do trabalho. *REME - Rev Min Enferm.* 2021.
10. Mendes, TMC et al. Contributions and challenges of teaching-service-community integration. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2020.
11. Franco ECD, Oliveira VAC, Lopes BL, Avelar VC. A integração ensino-serviço-comunidade no curso de enfermagem: o que dizem os enfermeiros preceptores. *Enferm. Foco* 2020; 11 (3): 35-38
12. Garcia SO, Sampaio J, Costa CRL, Diniz RS, Araújo TA. Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180540.
13. Andrade L, Alves L, Câmara I, Dantas M, Almeida L. Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede Sesab. *Divulg Saúde Debate*. 2018;58:276-83.

6 CONCLUSÕES

No presente estudo foi possível analisar as Representações Sociais dos acadêmicos da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade, para isto, foram utilizados diferentes métodos que possibilitaram conhecer a estrutura e o processo de pensamento do grupo acerca do objeto de estudo. Utilizou-se a triangulação teórica e metodológica trabalhada ao longo dos resultados e discussão com o intuito de compreender a estrutura do pensamento e a discursividade dos entrevistados, conforme as abordagens estrutural e processual das representações sociais.

Através deste estudo multimetodológico identificamos a estrutura representacional do grupo sobre a integração ensino, serviço e comunidade, utilizou-se a técnica de evocações livres de palavras para a apreensão dos elementos compartilhados e cognitivamente ativados ao termo indutor “integração ensino, serviço e comunidade”. A partir da análise prototípica os cognemas aprendizagem e prática apresentaram como possíveis elementos centrais. Os elementos conhecimento e integralidade apresentaram no quadro de quatro casas na primeira periferia; cuidado, experiência, realidade e saúde na segunda periferia e na zona de contraste os elementos equipe, importante, necessário, interagir, população, SUS e Universidade.

A partir de então foram realizados os testes de centralidade para investigar e definir a centralidade e o papel dos elementos que compõe a representação. Na constituição de pares de palavras os cognemas: SUS, interagir e população apresentaram o maior número de conexões, sendo então estes cognemas destacados como elementos centrais demonstrando uma possível dimensão prática, reforçando a importância destes elementos no processo de formação dos profissionais de saúde.

Na árvore de similitude oriunda dos dados do questionário *choix-par-bloc*, observamos como destaque os termos “população, importante e experiência”. O termo “experiência” apresenta maior número de conexões, cinco ligações, em seguida destacamos os termos “importante e população” com quatro conexões cada, estes termos são então apresentados como elementos centrais.

Os elementos mais característicos das RS dos discentes encontrados no *mise-en-cause* foram: aprendizado, prática, conhecimento, equipe, interagir, população, cuidado, realidade e saúde. O elemento população apresentou maior porcentagem de confirmação, assim como os termos aprendizado e prática que são apresentados como possível elemento do núcleo central.

As respostas dos discentes da área de saúde aos questionários do Esquema Cognitivo de Base SCB confirma que os cognemas “Aprendizado e Prática” são elementos centrais das representações dos participantes sobre integração ensino, serviço e comunidade, destacando estes termos como elemento prático.

Por fim após análise de todos os testes de centralidade aplicados neste estudo, podemos inferir que aprendizagem, prática e população são os elementos centrais das representações sociais dos discentes da área da saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade, que foram confirmados em pelo menos três testes diferentes. Estas representações apresentam sentido prático, valorizando assim a importância das ações de integração no processo de graduação em saúde.

O pensamento social dos discentes da área da saúde encontram-se estruturado nos termos aprendizado, prática e população. Estes elementos podem ser considerados como essenciais para a formação em saúde capazes de estimular o encontro entre a universidade, as instituições de saúde e a população assistida, formando assim profissionais críticos, reflexivos e reconhecedores das potencialidades do SUS.

Na abordagem processual é possível apreender que em suas representações acerca da integração ensino, serviço e comunidade, os discentes da área de saúde percebem a importância das ações de integração e reconhecem essas vivências e práticas em sua formação profissional. Os discentes representam a integração ensino, serviço e comunidade como uma oportunidade de mudanças de práticas, capazes de estimular um novo olhar, voltado para as necessidades da população assistida, valorizando assim os diversos campos de práticas/estágios como ambientes de aprendizado significativo que estimulam a ação-reflexão-ação.

Essas representações estão ancoradas nos diversos tipos de práticas educacionais, ao tempo em que reconhecem não só a sala de aula como ambiente de formação assim como as ações de grupos de pesquisa e extensão comunitária. Os serviços são assim representados como '*locus*' do aprender fazendo, da prática em ação, refletindo e promovendo transformações necessárias para aproximar ensino do serviço.

Em suas representações sociais, é possível apreender que os discentes da área de saúde conseguem identificar as ações de integração ensino, serviço e comunidade durante seu processo de formação, citando vários campos de ação como: escolas, ginásio de esportes, academias, unidades de saúde, famílias. Em relação as ações de integração os discentes elencam atividades educativas, capacitações, planejamento. Estas são representações favoráveis que

demonstram a importância do estímulo da aproximação entre universidade, campos de prática e população.

Ao iniciar o estudo afirmou-se que as representações sociais dos discentes da área de saúde sobre a integração ensino, serviço e comunidade agregam saberes, conhecimentos, atitudes e práticas que refletem na organização e condução de práticas de ensino voltadas à formação de profissionais de saúde. Assim, a partir dos resultados obtidos considera-se que essa tese foi confirmada e os objetivos alcançados.

A integração ensino, serviço e comunidade é um fenômeno social que necessita de uma abordagem intersetorial e interprofissional, delineada pelo conhecimento científico, pelo senso comum e pelo conhecimento técnico-profissional. Desta maneira, em suas representações os discentes da área da saúde reconhecem a importância da inserção de ações voltadas para a integração nos Projetos Políticos Pedagógicos-PPP dos cursos de graduação da saúde. Assim como valorizam o constante diálogo entre universidade, unidades de saúde, gestores e população.

Sendo assim, ao final deste estudo pretendemos estimular a reformulação dos PPP dos cursos de graduação da área de saúde, através da criação de disciplinas de integração ensino, serviço e comunidade, da ampliação de carga horária de prática e o constante diálogo entre docentes, discentes, profissionais e gestores da saúde e a comunidade. Além de considerar a importância da existência de ações de educação permanente em saúde e da necessidade de investimentos financeiros que possibilitem as ações de integração ensino, serviço e comunidade.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J.C. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán; 2001b. p. 53-74.

ANDRADE S. R., BOEHS A. E., COELHO B., SCHMITT I. M., BOEHS C. G. E. Relacionamento interorganizacional na integração ensino-serviço de enfermagem na atenção primária à saúde. Rev Bras Enferm. 2014 jul-ago;67(4):520-7.

ANDRADE L, ALVES L, CÂMARA I, DANTAS M, ALMEIDA L. Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede SESAB. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 58, p. 276-284, jul 2018.

BALDOINO A. S., VERAS R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. Rev. esc. enferm. USP vol.50 no.spe São Paulo jun. 2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 2ª reimpressão da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-saúde –programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde II). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>.

BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Resolução 510 de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da união 09 nov 2001; Seção 1.

CAMPOS P. H. F., ROUQUETTE M. L. Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações Sociais Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(3), pp. 435-445.

CAPOZOLLO, A. A. Formação em comum de profissionais da Saúde: experiência da UNIFESP, campus Baixada Santista. In: FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. S. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?, 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

CONCEICAO, C. L. da; ROSA, R. P. F. da; SANTORUM, K. M. T. Intervindo nos processos de formação para o cuidado em saúde: uma experiência com o método de instruções ao sócia. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 43, supl. 1, e9s, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000202&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2020. Epub Nov 01, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000005218>.

CUSTÓDIO, L.A.F., VIEIRA, C.M., FRANCISCHETTI, I. A dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 28 Janeiro 2022], e00272103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00272>>. Epub 26 Jun 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00272>.

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, 18(6):1613-1624, 2013.

ELY, L. I., TOASSI, R. F. C. Atividade de ensino integradora dos currículos na graduação em saúde: entre o multiprofissional, o interdisciplinar e o interprofissional. In: FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. S. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

FARIA, Lina et al. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1257-1266, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401257&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Sept. 2020.

FARIAS-SANTOS B. C. S., NORO L. R. A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):997-1004, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.15822016.

FLAMENT, C., ROUQUETTE, M.L. Anatomie des idées ordinaires. Paris: Armand Colin. 2003.

GARCIA S.O, SAMPAIO J, COSTA C.R.L., DINIZ R.S., ARAÚJO T.A. Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180540

KLOHD., REIBNITZ K. S., CORRÊA A. B., LIMA M. M., CUNHA A. P. Integração Ensino-Serviço no contexto do projeto político-pedagógico de cursos de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 11):4554-62, nov., 2017.

LEITE, K. N. S.; SOUSA, M. N. A. de; NASCIMENTO, A. K. de F.; SOUZA, T. A. de. Utilização da metodologia ativa no ensino superior da saúde: revisão integrativa. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v. 25, n. 2, p, 133-144, maio/ago. 2021.

MACHADO, J. L. M. et al. UNI: a new initiative in the training of health professionals. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997.

MADRUGA L. M. S., RIBEIRO K. S. Q. S., FREITAS C. H. S. M., PÉREZ I. A. B., PESSOA T. R. R. F., BRITO G. E. G. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. Interface (Botucatu) . 2015, vol.19, suppl.1, pp.805-816.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R., FRANÇA T. et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1521-1530, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.32962016

MÂNGIA, E. F., LUGARINHO R. O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde -FNEPAS-: O Desafio da Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde – SUS. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 2, p. i, maio/ago., 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOSCOVICI, S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF, 1976.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NÓBREGA, S. M. Sobre Teorias das Representações Sociais. In: Antonia S. Paredes Moreira (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. João Pessoa: Universitária, 2001.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. Perspectivas teórica-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: editora Universitária da UFPB, 2005.

PERES C. R. F. B., MARIN M. J. S., TONHOM S. F. R., MARQUES M. L. S. F. Desafios atuais na formação do enfermeiro: o olhar dos docentes. Rev Rene. 2018;19:e3160.

RODRIGUES, M.A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. Rev.Esc.Enf.USP..v. 27, n.1, p.15-24, abr. 1993.

SÁ, C P. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ; Vozes, 1996.

SANTOS R. C. A., MIRANDA F. A. N. Articulação ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de saúde da família. Rev. APS. 2016 jan/mar; 19(1): 7 - 13.

SILVA L. B., LUCIETTO G. C., BORGES A. P., NASCIMENTO V. F., CHAVES L. D. P., GLERIANO J. S. Ambiência hospitalar: fortalecimento da interação ensino-serviço. CuidArte, Enferm;11(2): 223-230, jul.-dez.2017.

SOUZA E. C., CASTRO JÚNIOR A. R., CAVALCANTE A. S. P., TORRES R. A. M., SILVA M. R. F. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. 122, P. 897-905, JUL-SET, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912219

REIBNITZ K. S., KLOH D., CORRÊA A. B., LIMA M. M. Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp).

ROSSI, GIULIA ZANATA et al. Abordagens de aprendizado e sua correlação com ambiente educacional e características individuais em escola médica. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2021, v. 45, n. 03 [Acessado 28 Janeiro 2022] , e169. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200551>>. Epub 26 Jul 2021. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200551>.

ROUQUETTE, M.L. La pensée sociale: perspectives fondamentales et recherches appliquées. Érès: Toulouse. 2009.

VERGÈS, P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. R. franc, sociol., 2001, v. 42, n. 3, p: 537-561.

WACHELKE, J.F.R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2008, n. 22, v.1, p: 102-110

WACHELKE, J. Beyond social representations: the conceptual bases of the structural approach on social thinking. Interamerican Journal of Psychology, 41, 131-138. 2013.

WACHELKE J, WOLTER R. A influência de certos termos socialmente salientes (nexus) e da imagem sobre a percepção de um objeto social. Revista de Educação Pública, Cuiabá/MT, v. 15, n. 29, p. 79-89, set.-dez. 2006

WACHELKE, J. Social representations: a review of theory and research from the structural approach. Universitas Psychologica, 11, 729-741. 2012.

WACHELKE J, WOLTER R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 521-526

Wolter, R. P., Wachelke, J., Naiff, D. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em Psicologia* – 2016, Vol. 24, no 3, 815-828

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS.

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Representações Sociais de acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino serviço e comunidade”**, que tem como objetivos: Analisar as Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade; compreender a estrutura e os conteúdos das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade; Identificar o núcleo central das Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde sobre integração ensino, serviço e comunidade; apreender os aspectos da relação das Representações Sociais acerca da integração ensino, serviço e comunidade com as práticas referidas pelos acadêmicos.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de adequar a formação universitária dos profissionais de saúde às necessidades da população assistida pelo SUS, numa perspectiva ampliada a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Os dados serão coletados por meio do instrumento de evocações livres; o questionário de constituição de pares de palavras; questionário modelo padrão 28 conectores do SCB e o roteiro temático da entrevista.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): o(a) Sr.(a.) participará de uma entrevista por meio de um instrumento de evocações livres de palavras; de um questionário de constituição de pares de palavras; questionário modelo padrão 28 conectores do SCB e o roteiro temático da entrevista. Consumirá tempo estimado de 15 minutos, será registrada em formulário específico e, se necessário, por meio de gravação em aparelho celular com áudio e/ou vídeo. O(A) Sr.(a.) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira para participar desta pesquisa.

O motivo deste convite é porque o(a) Sr.(a.) estudante da área de saúde. O (A) Sr. (a.) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador ou desempenha suas atividades na instituição à qual está vinculado.

Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este estudo apresenta risco mínimo devido ao fato de abordar temas referentes à sua condição de estudante da área de saúde, podendo provocar memórias, sensações ou retomada de vivências que causem desconforto psicológico. Para minimizar a possibilidade de danos, a coleta de dados será realizada em local privativo, poderá ser

interrompida caso o(a) Sr.(a.) deseje e, se necessário, o(a) Sr.(a.) será devidamente acolhido(a) pelo responsável da pesquisa para assistência no local ou encaminhado para um profissional de área de saúde na rede de atenção do SUS. Além disso, está assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Este estudo não lhe determinará benefícios diretos, mas poderá colaborar para a melhora da formação acadêmica dos profissionais de saúde e da qualidade da atenção à saúde da população.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma delas será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (à) Sr.(a).

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o Sr.(a.) poderá consultar:

Pesquisador(a) Responsável: Flávia Silva Souza

Endereço: Rua Ipiranga, 354, Joaquim Romão

Fone: (73) 99141 7444 / E-mail: flaviameg@gmail.com

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE B – Questionário socioeconômico

1. Identificação dos participantes:

Nº da entrevista: _____ Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

2. Estado Civil

Solteiro (a): ()

Casado (a): ()

Divorciado (a): ()

Viúvo (a): ()

União de facto/vive junto: ()

Outra: _____

3. Qual semestre está cursando atualmente? _____

APÊNDICE C– Instrumento de evocações livres

1 - Identificação dos participantes:

Nº da entrevista: _____ Data: ___/___/___

Sexo: () M () F IDADE: _____

Curso _____ Semestre _____

QUAIS SÃO AS 05 PALAVRAS QUE VEM IMEDIATAMENTE À SUA CABEÇA,
QUANDO ESCUTA: **AULA PRÁTICA EM SERVIÇO DE SAÚDE.**

01

02

03

04

05

QUAIS SÃO AS 05 PALAVRAS QUE VEM IMEDIATAMENTE À SUA CABEÇA,
QUANDO ESCUTA: **FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.**

01

02

03

04

05

QUAIS SÃO AS 05 PALAVRAS QUE VEM IMEDIATAMENTE À SUA CABEÇA,
QUANDO ESCUTA: **INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE.**

01

02

03

04

05

APÊNDICE D – Questionário para constituição de pares de palavras

Associe as palavras, traçando um risco, entre aquelas que você acha que podem “ir juntas”.

Termo indutor: “Integração ensino, serviço e comunidade”

Aprendizado	Aprendizado
Prática	Prática
Conhecimento	Conhecimento
Integralidade	Integralidade
Equipe	Equipe
Importante	Importante
Interagir	Interagir
Necessário	Necessário
População	População
SUS	SUS
Universidade	Universidade
Cuidado	Cuidado
Experiencia	Experiencia
Realidade	Realidade
Saúde	Saúde

*Palavras provenientes da análise do quadro de quatro casas após aplicação do instrumento de evocações livres.

APÊNDICE E: Questionário de Choix-par-bloc

TERMO INDUTOR: Integração ensino serviço e comunidade

Escolha, a seguir, 5 palavras que, na sua opinião, são mais característicos da integração ensino serviço e comunidade, 5 que sejam menos característicos e 5 neutras.

Palavras:

Aprendizado

Prática

Conhecimento

Integralidade

Equipe

Importante

Interagir

Necessário

População

SUS

Universidade

Cuidado

Experiencia

Realidade

Saúde

	AS CINCO PALAVRAS MAIS CARACTERÍSTICAS DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	AS CINCO PALAVRAS MENOS CARACTERÍSTICAS DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	AS CINCO PALAVRAS RESTANTES
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Palavras evocadas pelos participantes resultantes da análise prototípica

APÊNDICE F: Questionário de Mise-em-cause

Marque um X segundo a resposta dos participantes:

Sobre INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE:

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Aprendizado**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Prática**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Conhecimento**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Integralidade**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Equipe**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Importância**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **Interação**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem ser **Necessário**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **População**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **SUS**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **UNIVERSIDADE**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **CUIDADO**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **EXPERIÊNCIA**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **REALIDADE**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Pode haver INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE sem **SAÚDE**?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

Palavras evocadas pelos participantes resultantes da análise prototípica.

APÊNDICE G – Questionário para Esquemas Cognitivos de Base

Os discentes da área da saúde, ao serem questionados sobre o tema **Integração ensino, serviço e comunidade**, citaram com frequência o termo **Aprendizado**. O Sr. (a) poderia dizer as 3 palavras ou expressões que lhe vêm logo à lembrança quando se fala de **Aprendizado** no contexto da **Integração ensino, serviço e comunidade**.

1. _____

2. _____

3. _____

A razão pela qual respondi _____ (resposta 1) é

A razão pela qual respondi _____ (resposta 2) é

A razão pela qual respondi _____ (resposta 3) é

Agora responda no quadro abaixo, se a expressão padronizada é o reflexo da relação entre a palavra indutora e a palavra induzida.

Dimensão conector	Conector	Expressão padronizada na linguagem corrente	Resposta
Descrição	(SYN)	A (integração ensino, serviço e comunidade) significa a mesma coisa, tem o mesmo sentido que B (para R1, R2 e R3).	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(DEF)	A pode ser definido como B.	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(ANT)	A é o contrário de B	() SIM () NÃO

			() TALVEZ
	(TEG)	A faz parte de, é incluído em, é um exemplo de B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(TES)	A tem como exemplo, como caso particular, compreende, inclui B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(COL)	A pertence à mesma classe (ou categoria) geral que B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(COM)	A é um componente, um constituinte de B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(DEC)	A tem como componente, como constituinte B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(ART)	A e B são dois constituintes da mesma coisa (do mesmo objeto)	() SIM () NÃO () TALVEZ
Prática	(OPE)	A faz B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(TRA)	A tem uma ação sobre B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(UTI)	A utiliza B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(ACT)	É B que faz A	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(OBJ)	A é uma ação que tem como objeto, se exerce sobre, se aplica a B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(UST)	Para fazer A, utiliza-se B	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(FAC)	B é alguém (uma pessoa, uma instituição) que age sobre A	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(MOD)	B designa uma que se pode fazer sobre (a propósito de, no caso de, em relação a) A	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(AOB)	B é um instrumento que se utiliza sobre (a propósito de, no caso de, em relação a) A	() SIM () NÃO () TALVEZ
	(TIL)	A é utilizado por B	() SIM () NÃO () TALVEZ

	(OUT)	Utiliza-se A para fazer B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(AOU)	A é um instrumento que se pode utilizar para B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
Avaliação	(CAR)	A é sempre caracterizado por B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(FRE)	A é frequentemente caracterizado por B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(SPE)	A é às vezes, eventualmente, caracterizado por B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(NOR)	A deve ter a qualidade de B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(EVA)	A avalia B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(COS)	A tem como causa, depende de B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ
	(EFF)	A tem como efeito (consequência ou fim), provoca B	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALVEZ

Relação A (28c) B = onde A será a palavra indutora (integração ensino, serviço e comunidade); 28c (os conectores da expressão padronizada) e B palavra induzida (03 repostas provenientes das evocações livres R1, R2 e R3).

APÊNDICE H – Roteiro temático de entrevista em profundidade.

BLOCO 01: Integração ensino, serviço e comunidade (definições, imagens e exemplos)

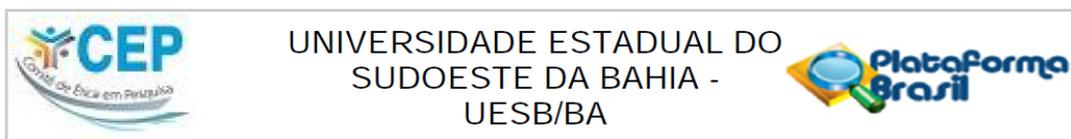
- 1.** Para você, o que é Integração ensino, serviço e comunidade?
- 2.** Você sabe como deve acontecer a Integração ensino, serviço e comunidade?
- 3.** Cite exemplos de ações de Integração ensino, serviço e comunidade.

BLOCO 02: Formação profissional em saúde.

- 1.** Para você, qual a importância da integração ensino serviço para a formação do profissional de saúde?
- 2.** Ao seu ponto de vista a integração ensino, serviço e comunidade acontece no seu processo de formação para profissional em saúde? Por que?
- 3.** Quais práticas de Integração ensino, serviço e comunidade já fizeram?

ANEXOS

ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP-UESB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DA ÁREA DE SAÚDE ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO E COMUNIDADE

Pesquisador: Flavia Silva Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42219020.7.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.578.112

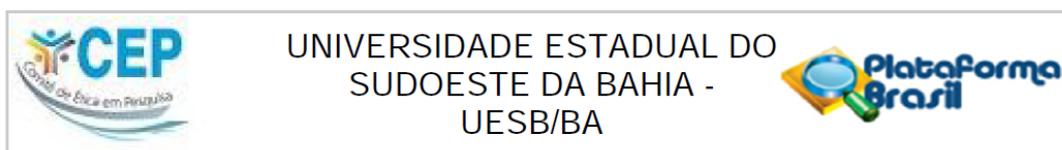
Apresentação do Projeto:

"Estudo qualitativo, descritivo com intuito de analisar e discutir os significados atribuídos pelos acadêmicos acerca da integração ensino e serviço, utilizar-se-a como campo de pesquisa o a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, campus de Jequié, Departamento de Saúde I e II e Departamento de Ciências e Tecnologia, tem como participantes do estudo os acadêmicos de enfermagem, educação física, farmácia, odontologia, fisioterapia e medicina Serão convidados a participar do estudo 20 discentes de cada curso mencionado acima, totalizando um quantitativo de 120 participantes. O estudo acontecerá em quatro etapas, a saber: por meio de um instrumento de evocações livres de palavras; um questionário de constituição de pares de palavras; questionário modelo padrão 28 conectores do SCB e o roteiro temático da entrevista. Consumirá tempo estimado de 15 minutos, será registrada em formulário específico e, se necessário, por meio de gravação em aparelho celular com áudio e/ou vídeo."

Objetivo da Pesquisa:

"Analisar as Representações Sociais dos acadêmicos da área de saúde acerca da integração ensino, serviço e comunidade."

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.578.112

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Este estudo apresenta risco mínimo devido ao fato de abordar temas referentes à sua condição de estudante da área de saúde, podendo provocar memórias, sensações ou retomada de vivências que causem desconforto psicológico. Para minimizar a possibilidade de danos, a coleta de dados será realizada em local privativo, poderá ser interrompida caso o participante deseje e, se necessário, o mesmo será devidamente acolhido(a) pelo responsável da pesquisa para assistência no local ou encaminhado para um profissional de área de saúde na rede de atenção do SUS. Além disso, está assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa."

Benefícios:

"Contribuir com a melhoria da formação dos profissionais de saúde e consequentemente com a qualidade da assistência à saúde prestada no SUS."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, orientada pela Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela, com 120 participantes.

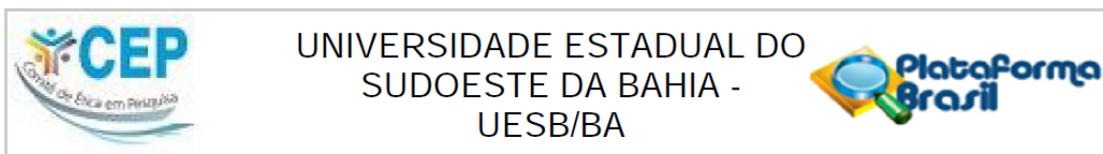
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Cronograma- OK
- Declaração de Compromissos OK
- Instrumento de Coleta de dados - OK.
- Folha de Rosto ok
- Orçamento - OK
- Projeto Detalhado OK
- TCLE- OK

Recomendações:

- 1) Recomenda-se que documentos como a Declaração de Compromissos que são assinados na última folha sejam anexados em um único arquivo.
- 2) Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)	
Bairro: Jequiezinho	CEP: 45.206-510
UF: BA	Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727	Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.578.112

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas e portanto, o projeto deve ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 26.02.2021, por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB autorizou a aprovação do projeto tão logo a pesquisadora sanasse a pendência considerada simples.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1662818.pdf	04/03/2021 21:10:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocoorientador.pdf	11/12/2020 11:19:30	Flavia Silva Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaradecompromissofolhadois.pdf	11/12/2020 11:18:04	Flavia Silva Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaradecompromissofolhaum.pdf	11/12/2020 11:17:49	Flavia Silva Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCEP.pdf	18/11/2020 15:33:08	Flavia Silva Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	11/11/2020 23:06:32	Flavia Silva Souza	Aceito
Outros	instrumentosdecoletadedados.docx	11/11/2020 23:05:01	Flavia Silva Souza	Aceito
Outros	decaracaocompromisso.docx	11/11/2020 23:03:37	Flavia Silva Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/11/2020 23:00:02	Flavia Silva Souza	Aceito

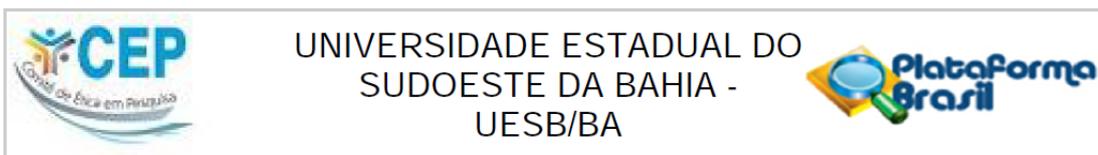
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.578.112

JEQUIE, 08 de Março de 2021

Assinado por:
Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br