



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

RAFAELA BRAGA PEREIRA VELÔSO

PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO  
TRABALHO PARA A SAÚDE: (DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E  
COMUNIDADE

FEIRA DE SANTANA – BA

2017

RAFAELA BRAGA PEREIRA VELÔSO

PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO  
TRABALHO PARA A SAÚDE: (DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E  
COMUNIDADE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Linha de pesquisa:** Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Geralda Gomes Aguiar

FEIRA DE SANTANA – BA

2017

## Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Velôso, Rafaela Braga Pereira  
V555p Práticas dos preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para a  
Saúde: (des) integração ensino, serviço e comunidade / Rafaela Braga  
Pereira Velôso. – Feira de Santana, 2017.  
126f.: il.

Orientadora: Prof. Dr. Maria Geralda Gomes Aguiar.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - Tutoria. 2.  
Profissionais de Saúde - Formação. 3. Saúde Coletiva. 4. Práticas de  
Saúde - Estudo e ensino. I. Aguiar, Maria Geralda Gomes, orient. II.  
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

RAFAELA BRAGA PEREIRA VELÔSO

PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO  
PARA A SAÚDE: (DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 10 de fevereiro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Geralda Gomes Aguiar  
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
(Orientadora)

---

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
(1º Examinador)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues  
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
(2ª Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Gleide Magali Lemos Pinheiro  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
(1º Suplente)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Rosely Cabral de Carvalho  
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
(2º Suplente)

Dedico este trabalho aos amores da minha vida, meus pais, meus fiéis companheiros dessa jornada, sempre juntos compartilhando de todos os momentos nessa caminhada e à minha avó materna (*in memoriam*) que me deixou tantos ensinamentos e que, de onde estiver, está torcendo para que eu alcance mais uma vitória.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Agradeço a Deus por ter chegado até aqui e por estar comigo em todos os momentos. Pelo dom da vida, e por me permitir encarar este desafio e alcançar mais uma conquista.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Geralda Gomes Aguiar, pela oportunidade de aprendizagem, pela forma como me acolheu e me conduziu nessa caminhada da produção do conhecimento. Por seu exemplo de responsabilidade e dedicação, sobretudo pelo ser humano espetacular que se constitui. Sem dúvida, os momentos de orientação foram muito gratificantes.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, meu muito obrigada, a vida seria muito mais difícil se não houvesse vocês para compartilhar dos diversos momentos, em que muitas vezes o caminho é árduo.

Agradeço a minha querida avó paterna pelo exemplo de força e garra, a cada dia me impressiono mais com a sua sabedoria.

Aos meus tios (as) e primos (as) pelo companheirismo e apoio, por entenderem minhas ausências e estarem sempre na torcida por mim.

Agradeço imensamente as minhas amigas eternas, da infância para todo sempre, Thaynara Guimarães, Bárbara Valverde, Bárbara Medeiros e Tayse Magalhães, tenho muita sorte de ter vocês na minha vida.

Ao meu companheiro de estrada, Anderson Dias pela compreensão, cuidado e paciência, tão necessárias nestes momentos de crescimento. Teu apoio e carinho foi meu alicerce nesta busca e suavizou os momentos que me deparei com as minhas limitações.

Aos colegas/amigos do mestrado, pelos momentos de aprendizagem e crescimento que juntos compartilhamos, em especial a Lilian Ticiane, Lívia Leal, Cristiane Brandão e Milla Pauline que fizeram com que essa caminhada fosse mais prazerosa, e que sorrisos se fizessem presentes nessa trajetória.

Agradeço a Prof<sup>ª</sup>. Maria Ângela Alves do Nascimento, Prof<sup>ª</sup>. Iraildes Andrade Juliano e Prof<sup>ª</sup>. Juliana Alves Leite Leal pelos momentos de apoio e incentivo para concretização desse trabalho.

Aos docentes do Mestrado, pelos momentos de conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do Mestrado, agradeço pelo apoio e dedicação.

Aos trabalhadores de saúde pela atenção e pelas contribuições que fizeram a este estudo.

Aos meus colegas de trabalho do município de São Gonçalo dos Campos, por compreenderem minhas ausências e me incentivarem a concretizar essa caminhada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, pela disponibilidade e autorização concedida para a realização desta pesquisa.

À Escola Estadual de Saúde Pública e seus trabalhadores de saúde, vocês fizeram todo o diferencial na minha formação, que continuemos na luta pelo fortalecimento do SUS.

À FAPESB pelo auxílio financeiro durante um período expressivo do mestrado.

Ao NUPEC por ser um espaço de estudo e compartilhamento de saberes, pelos seus docentes e participantes sempre dispostos a colaborar na construção do conhecimento.

À UEFS, por ter me acolhido desde a graduação e também no mestrado, instituição que contribui significativamente para a minha formação e crescimento profissional.

Enfim, agradeço a todos que colaboraram direta ou indiretamente com essa conquista, incentivando-me a atingir meus objetivos e por me fazerem acreditar em uma saúde melhor para todos.



Uma das tarefas políticas que devemos assumir é viabilizar os sonhos que parecem impossíveis. Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da História. (FREIRE, 2005, p. 91).

VELOSO, Rafaela Braga Pereira. **Práticas dos preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde:** (des)integração ensino, serviço e comunidade. 126 f. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia.

## RESUMO

A configuração do cuidado ocorre mediante práticas de atenção à saúde a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O governo federal inicia em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), com o fomento de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS. Torna-se relevante incitar discussões acerca do cuidar, ensinar e gerir práticas em saúde, o que perpassa pela qualificação do preceptor. Este estudo objetivou analisar as práticas desenvolvidas pelos preceptores do PET-Saúde e a integração ensino, serviço e comunidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório. Foram participantes profissionais da Equipe Saúde da Família vinculada às unidades de saúde, que atuaram como preceptores do PET - Saúde da Família UEFS de 2009 a 2014. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada, da aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras e da análise de relatórios do programa no período de março a abril de 2016, após submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O método de análise consiste em uma aproximação da Hermenêutica-Dialética, a qual se apresenta como um caminho do pensamento social. Os resultados evidenciam que o programa favorece a aproximação dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família do município com a universidade. A preceptoria é referida como apoio e supervisão das atividades com os usuários no serviço e na comunidade. A inserção de estudantes de diversos cursos de graduação da área de saúde na USF amplia o leque de ações ofertadas no serviço e contribui no processo de produção de conhecimento. As ações promovidas pelo programa incluem das mais tradicionais até atividades lúdicas e culturais. Ressalta-se a universidade como instituição de apoio ao serviço de saúde. Enfatiza-se a ênfase na prática clínica, em detrimento das ações educativas em saúde, o que revela um enfoque em atividades de cunho clínico em detrimento da saúde coletiva. Neste sentido, é imperativa a qualificação dos diversos atores sociais envolvidos nas estratégias vivenciadas no programa. O importante papel do preceptor no fortalecimento do SUS e na formação dos estudantes da área da saúde, torna necessário uma política de educação permanente para os trabalhadores.

**Palavras-chave:** Preceptor, Saúde pública, Integração comunitária, Formação de Recursos Humanos, Educação Superior.

VELOSO, Rafaela Braga Pereira. **Práticas dos preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde:** (des)integração ensino, serviço e comunidade. 126 f. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia.

### ABSTRACT

The configuration of the care occurs through health care practices based on the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). The federal government started in 2008, the Program of Education through Work for Health (PET-HEALTH), with the sponsorship of learning groups tutorial in strategic areas of SUS. It is relevant to foster discussions about caring, teaching and managing health practices, which requires the qualification of the preceptor. This study aimed to analyze the practices developed by the tutors of the PET-Health and the integration education-service and community in the family health strategy in Feira de Santana, Bahia, Brazil. This is a qualitative study of the type exploratory. The participants were professionals members of the family health team linked to health units that they work as preceptors of the PET - Family Health from 2009 to 2014. The data collection occurred through semi-structured interview, the application of the Technique of Free Association of Words and the analysis of program reports in the period from March to April of 2016, after submission and approval of the project by an Ethics and Research Committee with Human Beings. The method of analysis consists of an approach of the Hermeneutic-Dialectic, which provides a way of the social thinking. The results shows that the approach of health professionals from the family health units of the municipality with the university is favored by the programa. The preceptory is referred to as support and supervision of the activities with users in the service and in the community. The inclusion of students from several undergraduate courses in the health area at USF broadens the range of actions offered in the service and contributes to the process of knowledge production. The actions promoted by the program, stand out from more traditional to fun activities and cultural. The university was pointed as an institution of support to the service. It was emphasized that the clinical practice is privileged rather than the educational activities which shows that activities related to the clinical are central in actions instead of the collective health. In this sense it is imperative to qualify the different social actors involved in the strategies experienced in the program. The important role of the preceptor in strengthening SUS and in the training of health students, makes a permanent education policy necessary for workers

**Key words:** Preceptor, Public health, Community integration, Human Resource Training, Higher Education.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DEGES	Departamento da Educação na Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NECAAB	Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pró-Saúde	Programa de Reorientação da Formação Profissional
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE PESQUISA</b>	13
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	18
2.1	FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	18
2.2	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE	26
2.3	ATUAÇÃO DO PRECEPTOR NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE	29
<b>3</b>	<b>PERCURSO TRILHADO PARA COMPREENSÃO DO OBJETO</b>	35
3.1	TIPO DE ESTUDO	35
3.2	CENÁRIOS DO ESTUDO	36
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	39
3.5	INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	40
3.6	MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS	42
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	49
4.1	(DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE	49
4.2	PRECEPTOR, UM PROTAGONISTA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE	62
4.3	SIGNIFICADOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE NA FORMAÇÃO DO PRECEPTOR	75
4.4	ARTIGO	86
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	102
	<b>REFERÊNCIAS</b>	104
	APÊNDICE A – TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	117
	APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA	118
	APÊNDICE C – ROTEIRO ANÁLISE DE DOCUMENTOS	119
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
	<b>ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	121

## 1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE PESQUISA

No Brasil a configuração do cuidado se dá por meio de práticas de atenção à saúde a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, a universalidade e a equidade. Dessa forma, as políticas públicas têm o papel de orientar as diretrizes do cuidado, educação e gestão na saúde.

A formação dos profissionais de saúde é inerente ao processo de consolidação da atenção à saúde no país. Diante disso, são criadas várias estratégias e políticas com vistas a adequar a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

O SUS é um projeto pautado em princípios como a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população, além da descentralização, hierarquização e participação social. No intuito de atender aos princípios e diretrizes do SUS houve a necessidade de uma ampliação do olhar sobre as práticas de saúde e os processos formativos desse campo. Nessa perspectiva surge a necessidade de um novo modo de produzir saúde, que leve em consideração esses aspectos.

O artigo nº 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Com isso, as questões da educação passam a ser de grande relevância para o sistema, no entanto decorridos duas décadas da criação do SUS ainda é necessária a sua operacionalização e profundas reestruturações na formação no setor saúde.

Reconhece-se que após a criação do SUS houve uma atenção maior no que tange a qualificação do ensino e das práticas em saúde. Destacam-se a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e as diversas estratégias de reorientação da formação em saúde. Dessa forma, houve reformulação das políticas, dos programas em saúde e, sobretudo da formação em saúde, de modo a atender as demandas emergentes no país.

Nessa perspectiva, as DCNs dos Cursos de Graduação em Saúde, desde 2001 definem as competências gerais esperadas dos egressos, as quais compreendem a comunicação, tomadas de decisão, gerenciamento, liderança e educação permanente.

Com o intuito de integrar os princípios e as diretrizes do SUS em consonância com os cursos de graduação, o governo federal inicia suas ações através do Programa de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) em 2005, de modo a priorizar a atenção

básica em saúde e a articulação entre ensino, serviço e comunidade. Após isto teve início o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE), em 2008, visando o fomento de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS.

Houve a regulamentação da Lei 8.080 através do Decreto 7.508 de 2011, representando um avanço na gestão, no cuidado e na educação, de modo a buscar a integração das práticas, aproximação de saberes e a otimização de recursos no setor saúde.

Diante deste contexto, preconiza-se a mudanças nas práticas e na formação dos profissionais, assim torna-se desafiador o processo de educar no trabalho em saúde, destaca-se o PET-SAÚDE, programa cuja proposta é a de trazer mudanças positivas no campo da formação em saúde em parceria com as Instituições de Ensino Superior (IES). Desse modo, torna-se relevante fomentar discussões acerca do cuidar, ensinar e gerir práticas em saúde, o que perpassa pela qualificação do preceptor. Há uma clara interseção da atuação deste sujeito e a resolutividade da atenção em saúde, desse modo torna-se uma figura estratégica no funcionamento de redes de saúde e da sua interface com a educação.

A saúde hoje vive uma profunda reflexão, uma revisão de valores, de redirecionamento do conhecimento, de busca de práticas mais adequadas, que respondam melhor às necessidades sociais e às demandas por serviços de saúde, resultantes das conquistas sociais e das políticas públicas (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

No entanto, o perfil dos profissionais de saúde, ainda é produto da educação tradicional, flexneriana e biológico centrada. Nessa perspectiva, se torna importante um enfoque em mudanças necessárias para a construção de um novo caminho na saúde, pautado nas necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade.

Com o intuito de atender as propostas do sistema de saúde relacionadas à oferta de serviços de saúde compatíveis com as demandas populacionais, maior capacidade resolutiva dos problemas de saúde e possibilidades do desenvolvimento dos profissionais identifica-se a necessidade da definição de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2009a).

Assim, a PNEPS consiste em uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente em saúde (EPS). Esta é considerada [...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, por isso acontece no cotidiano das pessoas e das

organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2007).

A formação dos profissionais de saúde e sua importância para a implantação, manutenção e o desenvolvimento do SUS pode ser considerada como essencial e estratégica. Isso se justifica, pois no processo formativo esses profissionais desenvolvem, além de habilidades e conhecimentos, valores e atitudes que os acompanharão nas suas práticas profissionais (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Neste sentido, busca desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Com o objetivo de reorientar a formação e as práticas em saúde, estão sendo implementados projetos que visam à formação crítica e reflexiva do graduando no campo da saúde, exemplo disso é o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE).

O PET-SAÚDE iniciou suas atividades em 2009, tendo como proposta a articulação entre ensino, serviço e comunidade e como base o tripé ensino, pesquisa e extensão, sendo seu objetivo geral fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF. O programa caracteriza-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes de graduação da área de saúde.

Como uma das estratégias do Pró-Saúde, o PET-SAÚDE busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população, pautado em atividades interdisciplinares com utilização de metodologias ativas de aprendizagem.

O referido programa é composto por vários atores, dentre eles: tutores, preceptores e os graduandos na área de saúde. Com o PET-SAÚDE, trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Ele busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população (HADDAD et al., 2009).

Como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento da atenção básica em saúde, o programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza



bolsas para tutores (docentes ligados aos cursos das IES), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde (BRASIL, 2007).

Durante o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) no período de 2008 a 2013, vivenciei a experiência da inserção no PET - Saúde da Família, quando ocorreu o primeiro contato com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em outra oportunidade participei do PET - Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas, o qual se constituiu um desafio e despertou a necessidade de ampliar os conhecimentos no que tange à temática. Em 2013 após a conclusão da graduação na UEFS, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que concluí em 2015. Em seguida ingressei no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UEFS onde me interessei pelo estudo das práticas dos preceptores do PET, tema este não explorado anteriormente.

De acordo com o estudo de Cyrino e outros (2012), o PET-SAÚDE vem fortalecer uma prática acadêmica que objetiva interligar a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com demandas da sociedade, de forma extremamente construtiva.

As mudanças na formação em saúde favorecem a reorganização e articulação de ensino à prática, sendo por sua vez necessário o diálogo entre ensino e serviço. Essa interação se dá através do papel do preceptor que exerce sua ação de supervisão, apoio e mediação do processo de ensino e aprendizagem. Além deste, o tutor e estudantes dos cursos de graduação em saúde participam do PET - SAÚDE e estão inseridos na relação que envolve a integração ensino, serviço e comunidade.

Os avanços implementados na vida acadêmica estão caminhando paulatinamente para uma reorientação da prática profissional fundamentada nas diretrizes do SUS, na interdisciplinaridade e na coletividade em saúde. Isto exige dos futuros profissionais da saúde uma postura diferenciada permitindo a eles a articulação entre o conhecimento teórico-prático e as necessidades da população (MORAIS, 2012).

A produção científica acerca do programa encontra-se em crescimento em virtude deste ter sido instituído a partir de 2008, considerado uma estratégia recente. Por conseguinte, este estudo poderá trazer à luz aspectos da realidade sobre o desenvolvimento das práticas da equipe na ESF vinculados ao PET-SAÚDE (RODRIGUES et al, 2012; FONSECA; JUNQUEIRA, 2014; LIMA; ROSENDO, 2015; RODRIGUES, 2015; SALDANHA, 2015).

O presente estudo propõe-se a desvendar e aprimorar os conhecimentos sobre o assunto visando oferecer subsídios para a melhoria da qualificação profissional no cotidiano do trabalho no SUS. Sobretudo, o tema destaca-se por ser de execução viável e de grande relevância social.

Outrossim, seus resultados poderão colaborar para fortalecer as estratégias de formação em saúde, especialmente o PET-SAÚDE e a formulação de novos projetos e políticas públicas baseados nas necessidades do SUS e na realidade social brasileira.

Nesta perspectiva, elaboram-se como perguntas de investigação: Como ocorrem as práticas dos preceptores do PET-SAÚDE na ESF em Feira de Santana - Bahia? Quais os sentidos e significados atribuídos pelos preceptores do PET-SAÚDE às formas de integração ensino-serviço e comunidade na ESF em Feira de Santana - Bahia?

O objetivo geral do estudo é analisar as práticas desenvolvidas pelos preceptores do PET-SAÚDE e as formas de integração ensino-serviço e comunidade na ESF em Feira de Santana – Bahia e os objetivos específicos: compreender os sentidos e significados atribuídos pelos preceptores às suas práticas no PET-SAÚDE e à integração ensino-serviço e comunidade e identificar as facilidades e dificuldades dos preceptores no desenvolvimento das práticas no PET-SAÚDE.

O trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro corresponde à introdução e faz uma aproximação do objeto, contextualizando-o e apresentando as questões orientadoras e os objetivos. O segundo capítulo sobre os aspectos da formação dos profissionais de saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e a atuação do preceptor neste contexto. O terceiro capítulo corresponde ao percurso trilhado para o desenvolvimento do estudo e o detalhamento desse caminho. No quarto capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa e realizada a discussão com embasamento na literatura, conforme o método de análise escolhido. Por fim, no quinto capítulo são feitas as considerações em relação ao alcance dos objetivos do estudo, apontando seus limites, potencialidades e desafios.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma breve discussão do problema, na perspectiva de fundamentá-lo nas teorias existentes. Este momento expressa o conhecimento atualizado e pertinente da literatura relacionada com o enfoque do objeto de estudo e serve de base para a análise e interpretação dos dados.

### 2.1 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O processo de formação em saúde abarca uma proposta educativa que envolve saberes técnicos, científicos, competências, troca de experiências e relações humanas no cotidiano de trabalho. Os diversos atores sociais inseridos nessa conjuntura compartilham vivências e almejam um objetivo em comum, a melhoria dos indicadores de saúde que, por sua vez, aumentam a qualidade de vida da população.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de modelos de ensino conservadores (ou tradicionais), sobretudo aulas expositivas, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentadas e reducionistas (CAPRA, 2006).

A formação em saúde enraizada no tradicionalismo tem seu conhecimento formulado a partir da geografia dos órgãos e essa clínica do olhar impede que se enxergue o sujeito que habita o corpo, perdendo sua complexidade, profundidade e outras dimensões da vida que pulsam neste corpo e se inscrevem na sua subjetividade (GALAVOTE; FRANCO, 2010).

A educação tradicional é considerada um nó crítico no processo de mudança na formação por meio do trabalho. Neste modelo permeado pelo conservadorismo, os educadores são os autores e atores do processo, já os educandos são seus objetos. Nesse sentido, o educando é passivo, tomador de notas, exímio memorizador e se distancia da problematização da realidade em que vive. Portanto, este processo é pautado na educação bancária e a experiência do professor é caracterizada pela transmissão do conhecimento (FREIRE, 2005).

Este modelo de ensino é caracterizado pela valorização do conhecimento científico, da aquisição de conteúdos e do maior acúmulo de informações. No entanto, a

adoção desse modelo traz como desvantagens, a instituição de uma relação verticalizada entre educador e educando e a formação de um indivíduo mero receptor de informações, que pode não saber aplicar os conhecimentos na sua realidade.

O modelo tradicional do ensino é predominante nos cursos de graduação em saúde que ainda ofertam uma formação fragmentada, conteudista, focada no currículo, centrada em especialidades, com valorização do saber técnico, no entanto carente de formação humanizada e ética. Já o modelo dialógico, segue o desafio de ser implementado paulatinamente com as novas formas de produção do conhecimento e tendo a relação pautada no diálogo como base no processo de ensino e aprendizagem.

Segundo Fontoura e Lemos (2009), o processo de formação pontual e descontínuo não atende ao princípio da integralidade da assistência à saúde. No contexto da formação, a integralidade é um eixo da produção do cuidado e da formulação de estratégias de ensino que busquem romper com saberes e práticas fragmentadas e reducionistas.

Com a criação do SUS, por meio da Constituição de 1988 e posteriormente dos avanços obtidos com as Leis Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 que dispõem sobre o funcionamento dos serviços de saúde e a participação social respectivamente ampliou-se o debate acerca da formação em saúde. A partir desse marco jurídico, passa a ser preconizado o modelo da integralidade do cuidado, e compete ao sistema de saúde brasileiro atuar enquanto ordenador dos processos formativos (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, o SUS nasce de modo a propor a elaboração e execução da política de formação e desenvolvimento de pessoal para a saúde de acordo com as necessidades atuais do sistema tendo como fio condutor a integralidade na produção do cuidado.

O sistema de saúde no Brasil preconiza a transformação do processo formativo dos profissionais deste setor, condizente com os seus princípios e diretrizes. Isso deverá ocorrer com a formação de perfis profissionais voltados para a promoção da saúde, levando em consideração o aspecto técnico-científico e o perfil epidemiológico da população através da co-responsabilidade entre o campo da educação e da saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, sob o ângulo da integralidade, é preciso construir uma atenção resolutiva, capaz de atender às necessidades de saúde e gerar satisfação para os diversos atores sociais envolvidos no processo. É imperativo ter como suporte a formação dos trabalhadores voltada para o diálogo e para o outro, com condições de oferecer respostas adequadas aos seus problemas (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

A integralidade surge como discurso contra hegemônico na formação e nas práticas de saúde historicamente adotadas, marcadas pela fragmentação e racionalidade biomédica que inspiraram o sistema de assistência no Brasil anterior ao SUS. Na perspectiva do movimento da reforma sanitária brasileiro, a integralidade refere-se ao conjunto de atitudes que valoriza a associação entre as práticas de saúde e as práticas sociais.

Silva e Sena (2008, p. 49) definem integralidade como:

um princípio do SUS que orienta políticas e ações programáticas que respondam as demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões: biológica, cultural e social do ser cuidado.

A interdisciplinaridade possui estreita relação com as ações de integralidade e é considerada “qualificadora” do cuidado. Além disso, se constitui na possibilidade de superar a fragmentação do trabalho em saúde, cujas ações partidas e não compartilhadas não conseguem alcançar a efetividade no cuidado. Os debates dos conceitos de integralidade e interdisciplinaridade como dimensões para melhoria do cuidado em saúde são recentes e sua aplicação nos serviços ainda está distante das práticas de saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Entende-se que a (re)construção de modelos de ensino pelos profissionais de saúde, cujas práticas pedagógicas permitam a compreensão da integralidade como pressuposto de toda a formação representa um desafio. Para tanto, a educação precisa ser integral e interdisciplinar, baseada em referenciais críticos - reflexivos que permitam a aquisição de competências e habilidades para um agir voltado para o ser humano e sua subjetividade (SILVA; SENA, 2008).

O sentido da integralidade coaduna com o modelo dialógico de ensino em que o indivíduo é reconhecido enquanto portador de um saber, que embora distinto do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. Em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados e são agentes ativos e dinâmicos (ALVES, 2005).

Com o intuito de aproximação, estabelecimento de diálogo com a comunidade e com demais setores da sociedade, surge nos anos 70 na América Latina a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), para superação das experiências restritas a pequenos grupos populacionais. Esta proposta alternativa visava à inter-relação entre todos os setores da

escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, em um contexto regionalizado, com todos os níveis da atenção (VIDAL; QUIÑONES, 1986).

A partir do início da década de 90, houve a implementação de outras estratégias que visavam articular, na área de saúde, as instituições de ensino superior com os serviços uma delas foi o Projeto UNI, uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde, desenvolvido por 23 instituições de ensino superior na América Latina, das quais seis no Brasil (SILVA; SENA 2004).

O UNI incentivou a construção de modelos inovadores na formação de profissionais de saúde numa parceria da Universidade com os serviços de saúde e gestores da sociedade civil organizada nos territórios, onde se desenvolviam processos de ensino-aprendizagem.

Ressalta-se que o Brasil na década de 90 caracterizou-se pela mudança do modelo econômico, com o acirramento da política neoliberal e a universalização da exclusão social resultantes da primazia do econômico em detrimento do social, com implicações no setor da educação e da saúde. É nesse contexto que se dá a aprovação da Lei n.º 9.394/96, conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, com o propósito de associar as concepções do processo de formação e as configurações das políticas públicas de saúde no país, surgem as DCNs dos cursos de graduação de nível superior, se tornando um marco na formação acadêmica do século XX (BAGNATO, 2007).

No período de 2001-2011 o país encontrava-se em um importante momento de reestruturação da formação dos graduandos em saúde a partir da implantação das DCNs em 2001. Esse momento é considerado um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação, pautado na orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população. Estas representam um instrumento norteador do processo de construção dos Projetos Pedagógicos de Cursos e revelam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação (LOPES NETO, 2007).

As DCNs para os cursos da área de saúde são resultantes de um processo de discussão da sociedade brasileira envolvendo docentes, estudantes, representantes do governo, diretores de escolas e destinam-se a orientar a formação desses profissionais com ênfase no compromisso social e na mudança no modelo de saúde. Isso implica em repensar o papel das instituições formadoras que até então pouco dialogavam com a sociedade (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

A construção das DCNs ocorreu em um momento privilegiado do país, no qual diversos atores sociais contribuíram no processo. Ressalta-se que cada curso de graduação da área de saúde, em número de 14, teve suas diretrizes aprovadas entre 2001 e 2004 e publicadas separadamente. As DCNs buscam construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo de acordo com as necessidades das populações, bem como para se atuar com qualidade e resolutividade no SUS (PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006).

No contexto da educação superior a substituição do Currículo Mínimo pelas DCNs representa um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das IES com a sociedade e, permitir concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no SUS (BRASIL, 2007).

As DCNs constituem instrumento norteador do processo de construção de Projetos Pedagógicos de Cursos, tendo como parâmetros: servir de eixo orientador dos conteúdos mínimos para a formação do profissional; permitir flexibilidade na organização do curso; pautar-se no princípio da formação integral; apontar para adoção de metodologias ativas; possibilitar a incorporação de atividades complementares; ter como base o princípio da interdisciplinaridade; priorizar a formação ao invés da quantidade de informação; estimular a constante articulação entre teoria e prática; e integrar o ensino, a pesquisa e a extensão (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Conforme as DCNs, os cursos de graduação em saúde têm como perfil do formando egresso/profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo. Nessa perspectiva, o profissional é qualificado com base no rigor científico e intelectual e, sobretudo, pautado em princípios éticos, sendo 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. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

As DCNs enfatizam

a necessidade de preparar os profissionais para que possam atuar com qualidade, eficiência e resolutividade dentro dos preceitos do SUS. Consideram fundamentais os pressupostos do modelo dialógico no qual a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores. (BRASIL, 2002, p. 9).

Em que pese tais intencionalidades, Bagnato (2007) sinaliza que se for mantida uma prática pedagógica orientada pela ênfase na formação técnica, ou ainda, um contexto acadêmico que distancie os docentes e os discentes do cenário onde o cuidado é produzido, as diretrizes curriculares não assegurarão, por si só, as mudanças necessárias ao processo de formação.

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação visam contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Propõe-se que o currículo aborde aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdo, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região. Essa formação coaduna com a atuação profissional qualificada, eficiente e resolutiva no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

No entanto, ainda é recorrente a abordagem uniprofissional na reorientação da formação em saúde, pois são pensadas no interior de cada curso as transformações necessárias. Muitos movimentos com maior acúmulo de discussão e implementação de mudanças curriculares caminharam restritos aos espaços corporativos profissionais (PINHEIRO; CECCIM; MATOS, 2005).

Nesse sentido, o objetivo das DCNs é, sobretudo levar aos estudantes dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba os pilares para educação no século 21, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer.

Uma educação fundamentada nos quatro pilares sugere alguns procedimentos didáticos como: relacionar o tema com a experiência do estudante e de outros personagens do contexto social; desenvolver a pedagogia da pergunta; proporcionar uma relação dialógica com o estudante; envolver o estudante num processo que conduz a resultados, conclusões ou compromissos com a prática e a corresponsabilidade no processo de aprendizagem. (DELORS, 1998).

Dessa forma, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade e qualidade da atenção e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

A implantação das DCNs na área de saúde consiste em uma missão desafiadora, pois supõe o rompimento das estruturas curriculares clássicas, do biologicismo e tecnicismo, e o comprometimento da academia com a formação de pessoal em harmonia com as coordenadas do SUS e as necessidades do processo saúde-doença da população brasileira (ZILBOVICIUS, 2007).



O perfil dos egressos da formação superior na área da saúde passou, e ainda passa, por ampla discussão dentro do cenário brasileiro. Reconhece-se que uma nova fase foi iniciada com as DCNs o que influencia diretamente na relação ensino e serviços de saúde. Na formação do profissional de saúde é primordial atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção bem como a humanização do atendimento prestado. Processo permeado por desafios e que dependerá de muitos fatores o que exige esforços intersetoriais para a concretização do que é de fato proposto para a formação do futuro profissional e a educação permanente dos trabalhadores.

As DCNs pontuam, sobretudo, a necessidade do trabalho em equipe, da integralidade como eixo e o desenvolvimento da criticidade e reflexão. Esses apontamentos condizem com as ideias da Reforma Sanitária, a qual precisa ser construída cotidianamente não só nos serviços de saúde, mas também nas IES em uma estreita relação entre docentes, estudantes, usuários e trabalhadores de saúde (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

Todo este processo exigiu a estruturação do Ministério da Saúde, nesse caso destaca-se a iniciativa de criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), em 2003, demonstrou que o Ministério da Saúde passou a priorizar a mudança na formação superior. O DEGES possui a função de motivar e propor ações em duas grandes áreas: a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009a).

Já em 2004, foi instituída a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A partir de então, para viabilizar essa política, iniciou-se o processo de implantação dos polos de EPS. Constituídos por localregiões, os polos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional (BRASIL, 2007).

A EPS apresenta-se transformadora do processo de trabalho, representando a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos serviços, na busca da melhoria da qualidade da atenção à saúde da população, a fim de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde (BALBINO et al., 2010).

De acordo com Silva e outros (2010) diante da perspectiva da EPS faz-se necessário um fazer da clínica voltada para o sujeito, suas diversas dimensões (social, econômica, física, espiritual, psicológica) sua subjetividade e seu meio social. A EPS tem o propósito de construir e reconstruir saberes e práticas, mediante o trabalho em equipes

multiprofissionais e interdisciplinares, perpassando a teoria e prática, estabelecendo relações de ação e reflexão, valorizando os conhecimentos coletivos dos atores envolvidos no processo de trabalho.

Com a PNEPS buscou-se avanços significativos, uma vez que favoreceram a articulação entre a educação permanente e o processo de regionalização do SUS, garantindo, além de um maior envolvimento dos gestores no processo decisório, o protagonismo dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, a formação dos profissionais de saúde, apoiada no modelo de ensino flexneriano e a frágil organização de uma Política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS ainda constitui entraves para qualificação e vinculação dos trabalhadores no sistema dentro de uma lógica pautada em práticas integrais e humanizadas (BRASIL, 2007).

O modelo de educação médica proposto por Abraham Flexner em 1910 é reconhecido como a mais importante reforma do processo de formação dos profissionais da Medicina nos Estados Unidos. A relevância das recomendações de Flexner foi de tal impacto que trouxe profundas transformações na formação médica e na medicina em âmbito mundial, inclusive sendo replicadas nas outras profissões da área da saúde (HORA et al., 2013).

Flexner propunha uma reorganização do conhecimento numa abordagem disciplinar, também pautava a profissionalização e as especialidades como posturas que pretendiam alçar grandes avanços no campo da medicina. Diante disso, visualiza-se que o modelo flexneriano não é apenas aquele exclusivamente biológico e reducionista, pautado no curativo e individual, mas também construído atrelado aos conhecimentos da ciência em determinado período histórico (ALMEIDA FILHO, 2013).

Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino flexneriano é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional. Já do ponto de vista político tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades da população (ALMEIDA FILHO, 2013).

Embora tenha recebido fortes críticas, especialmente porque não conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades nas quais foi implantado tal modelo, ainda se encontra em vigor na maior parte das escolas médicas do mundo. Há uma preservação nos currículos de um ciclo inicial de disciplinas básicas realizadas nos laboratórios e outro ciclo de estudos clínicos em hospitais e centros médicos acadêmicos (TOMEY, 2002).

Para Masseto (2003), a organização curricular continua fechada e estanque, as disciplinas são extremamente conteudistas e com pouca abertura interdisciplinar. A metodologia de ensino está centrada, quase na totalidade, em aulas expositivas, há um predomínio de um programa a ser cumprido, sendo a avaliação realizada por meio de provas tradicionais.

O rápido e contínuo desenvolvimento científico-tecnológico conduziu o modelo flexneriano ao topo e também a limitações. Os crescentes gastos, o consumo desenfreado das possibilidades de diagnóstico e tratamento em contraste com a escassez de recursos para o custeio são pontos marcantes como entraves deste modelo. A partir disso, começou então a haver debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando ao cumprimento das DCNs e à transformação do processo formador dos profissionais de saúde. (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008)

Nessa perspectiva, estão ocorrendo gradualmente mudanças no processo formativo. Diversas iniciativas do Ministério da Saúde ou deste em parceria com o Ministério da Educação foram elaboradas no sentido de auxiliar nesse contexto como o PET-SAÚDE e o Pró-Saúde como indutores de transformações pedagógicas (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Com a adesão das IES às novas estratégias de reorientação da formação em saúde, processos formativos inovadores estão sendo efetivados como Estágios de Vivências no SUS, Estágios Interdisciplinares, PermanecerSUS, Residência Multiprofissionais, dentre outros. Diferentes formas de aprender, vivenciar os conteúdos e extrapolar os limites das salas de aula têm sido desafios enfrentados no cotidiano da academia e dos outros cenários de aprendizagem pelos diversos atores sociais envolvidos.

## 2.2 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE

O Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação instituiu em 2008 o PET-SAÚDE com a proposta de trazer mudanças positivas no campo da formação em saúde, além do fortalecimento da parceria com as IES.

Deste modo, foram se definindo algumas ações que pudessem favorecer a perspectiva de transformar a organização dos serviços e dos processos formativos. Assim, houve a necessidade de modificação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, o que exige a articulação do sistema de saúde, em suas várias esferas, e as instituições formadoras

através de estratégias de reorientação da formação em saúde. Pode-se citar o próprio PET-SAÚDE, os estágios de vivências no SUS, o VER-SUS, estágios interdisciplinares, residências multiprofissionais em saúde, dentre outros (BRASIL, 2007).

Tão importante quanto discutir a formação de pessoal para o SUS, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada e buscando meios de garantir que suas práticas atendam aos desafios que estão sendo colocados para implementação do SUS.

Faz parte da proposta do PET-SAÚDE a dimensão da pesquisa nas práticas do petiano, em especial a pesquisa clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde. Espera-se que esses componentes incorporados aos serviços e ao processo de trabalho em saúde contribuam decisivamente para qualificar a atenção à saúde prestada. O Pró-Saúde foi estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS, e o PET-SAÚDE reforçou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território (HADDAD et al., 2012).

Segundo o Ministério (BRASIL, 2008), o PET-SAÚDE também dispõe do Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica (NECAAB), sendo essa uma das condições de continuidade do financiamento do programa na Instituição de Ensino Superior. É composto por docentes tutores, preceptores e o representante dos estudantes de graduação e representantes da direção da universidade.

Dentre as funções do NECAAB, destacam-se: desenvolver ações para capacitação dos preceptores dos serviços vinculados a ESF; incentivar e produzir pesquisa voltada para a qualificação da atenção básica; coordenar a inserção de estudantes na rede de atenção básica e coordenar a revisão de diretrizes clínicas da atenção básica, em consonância com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a estrutura e funcionamento do programa trabalham com a concepção das metodologias ativas de aprendizagem, em que os conteúdos escolares são estabelecidos em função de experiências que o estudante vivencia diante de desafios cognitivos e da situação problema. Dá-se, portanto mais valor aos processos mentais e habilidades cognitivas do que aos conteúdos organizados racionalmente. Trata-se de “aprender a aprender”, ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito (LUCKESI, 1990).

A inclusão de diferentes cenários pedagógicos fora dos limites da sala de aula, permite um diálogo com as práticas e processos desenvolvidos no SUS e voltados à promoção da saúde, e com o foco não mais somente na doença. Requer uma mudança das estratégias de ensino-aprendizagem, em que o estímulo a um processo crítico-reflexivo por parte dos estudantes é essencial, alterando de forma significativa a função do docente. A transmissão de conteúdo deixa, momentaneamente, de ser função central do mesmo e passa a ser, conjuntamente, de outros sujeitos como preceptores do serviço ou, mesmo, trabalhadores não envolvidos diretamente no processo (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Busca-se então superar o processo ensino-aprendizagem vigente que tem se restringido à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, ao passo que, ao estudante, cabe à retenção e repetição dos mesmos em uma atitude passiva e receptiva, tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão. Ao contrário, a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece a realidade como mutável (FREIRE, 2006).

As metodologias ativas de aprendizagem estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia. A educação contemporânea pressupõe um estudante capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação, regulando-o.

No entanto, durante as atividades de educação em saúde como oficinas, grupos educativos, salas de espera, dentre outras pode haver uma mistura dos dois modelos educativos: tradicional e dialógico, na tentativa de superação do primeiro, já que o mesmo ainda se apresenta fortemente inserido na prática profissional. (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010)

O contato com o mundo do trabalho em saúde através do PET-SAÚDE contribui para que os estudantes considerem a possibilidade de inserções futuras nos serviços. Desse modo é possível afirmar que o programa auxilia na mudança do imaginário dos estudantes que passam a enxergar o SUS como *locus* de atuação profissional, escolhido de maneira consciente, deixando de ser visto como a opção mais fácil para se iniciar a carreira ou manter estabilidade salarial (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014).

Assim, os programas de reorientação da formação consideram a diversidade das características e das necessidades dos estudantes, sendo fundamental o apoio e auxílio a este na aplicação do conhecimento adquirido ou que está a construir, revelando uma relação de ajuda mútua e cooperação. Nessa perspectiva, o estudante ocupa lugar central no processo de ensino e aprendizagem. Isso requer atividades criativas, dinâmicas e métodos ativos no

processo de formação, além da possibilidade de despertar reflexões e críticas acerca dos temas discutidos em sala de aula.

Destaca-se a relevância das experiências adquiridas ainda na graduação para a formação acadêmica por proporcionar troca de saberes que contribuem com o aprendizado e tornam o estudante mais fortalecido para enfrentar a complexidade da vida profissional. Por isso, torna-se de grande importância a articulação teórico-prática, a partir da interação do professor-estudante, trabalhadores da saúde e usuários, ou seja, entre os diversos atores que interagem no cenário do processo ensino-aprendizagem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Diante do exposto pode-se inferir que o PET-SAÚDE aposta na aprendizagem por meio de grupos tutoriais, de natureza coletiva e interdisciplinar. Propõe também trilhar o caminho da indissociabilidade entre ensino, serviço e comunidade e tomar de fato, o tripé ensino, pesquisa e extensão como base para o fortalecimento das suas atividades e o alcance dos objetivos propostos.

### 2.3 ATUAÇÃO DO PRECEPTOR NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

Entre os atores que compõem o PET-SAÚDE destacam-se os preceptores, protagonistas de grande importância no referido programa, cuja atuação é fundamental no processo de ensino e aprendizagem.

O termo preceptor é usado desde 1540 para designar aquele que dá preceitos ou instruções, atua como educador, mentor, instrutor. “O vocábulo esteve ligado aos mestres das ordens militares e, mais recentemente, utilizado para se referir aos encarregados da educação e/ou instrução de uma criança ou jovem, geralmente na casa do educando” (HOUAISS, p. 57, 2001).

No âmbito da integração academia e serviços de saúde, os preceptores são os trabalhadores das unidades de saúde que acompanham e orientam as atividades dos estudantes (TRAJMAN, 2009). Diante disso, enquanto participante do programa e trabalhador do serviço este profissional busca viabilizar a articulação entre a unidade de saúde e a IES.

Os preceptores, pela sua função de educadores, podem promover juntamente com os estudantes, discussões sobre o processo saúde-doença, necessidades de saúde da população

adscrita e traçar estratégias em equipe que possibilitem mudanças nos cenários de práticas de atenção à saúde. Pelo fato de ser um profissional que atua na unidade de saúde em que o petiano está inserido, o contato inicial assim como os subsequentes em todo o percurso formativo é fundamental, pois ele é conhecedor do território e pressupõe-se que também já possua vínculo com a comunidade e articulação com os demais membros da equipe da unidade de saúde (ANDRADE, 2004).

Para Laranjeira (2006), o preceptor é um profissional que ensina, oferece apoio emocional, inspira um modelo para o formando, com o objetivo de facilitar o processo de socialização e aproximar o estudante dos serviços de saúde. São funções do preceptor: dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando no futuro exercício da profissão.

A preceptoria se configura como uma estratégia educacional de suporte acadêmico para os estudantes dos cursos de saúde e se caracteriza pelo desenvolvimento da supervisão docente-assistencial. Além disso, exige organização do processo de aprendizagem e orientação técnica aos profissionais ou estudantes (SILVA; EPÓSITO; NUNES, 2008).

O PET-SAÚDE propõe uma formação acadêmica socialmente comprometida e consciente acerca dos contextos locais, de modo a considerar os determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. Outrossim, aproximar o estudante, o profissional de saúde e/ou preceptor, e sua futura área de atuação. A articulação requerida para tal proporciona a compreensão do processo de trabalho deste profissional na ESF na perspectiva do aprender a aprender. Os preceptores possuem a função primordial de supervisionar e orientar as ações dos estudantes no serviço. São requisitos para preceptoria ter experiência na área de atuação, ou o título de especialista, ou ter concluído Residência e exercer atividade no âmbito da ESF (BRASIL, 2008).

Preconiza-se que os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família sejam orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados nas redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como espaço privilegiado. Adotam-se metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012).

As residências podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade.

O PET-SAÚDE também veio reforçar a concepção de que o processo de trabalho na atenção básica requer a configuração do trabalho em equipe para atender ao quesito da qualidade da atenção à saúde da população. Para tal, é necessário superar o pensamento de trabalho em equipe regularizado por meio de relações assimétricas entre profissionais distintos, uma vez que não deve existir uma relação hierárquica e de subordinação entre os profissionais da saúde. (PEDUZZI, 2001). Além disso, a autora destaca que para um melhor desenvolvimento do trabalho em equipe, cada profissional necessita incorporar uma lógica de flexibilidade na divisão do trabalho e a ideia de autonomia técnica com interdependência, valorizando a produção do cuidado em seus diversos âmbitos: educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que, muitas vezes, aparecem como periféricos ao trabalho nuclear da assistência médica individual.

Quanto à interação do preceptor com o petiano preconiza-se que seja marcada por ajuda mútua e troca de experiências. Dessa forma, a relação será permeada pela valorização dos saberes de ambos sujeitos a fim de favorecer o crescimento profissional crítico e reflexivo. Importante ressaltar que cabe ao preceptor a avaliação de desempenho dos estudantes, preferencialmente de modo processual.

O preceptor tem a função de desenvolver em suas atividades com o estudante o ato da crítica amorosa e cuidadora, sem a perspectiva de inferiorizá-lo, estimulando nesta relação o ato de pensar, construir hipóteses, ratificar ou retificar. Assim é importante que valorize o que o graduando possui de conhecimentos teóricos e sentimentos, tornando a interação entre os participantes uma relação horizontal (BARRETO et al., 2011).

Segundo Freire (2005), o educador e o educando são sujeitos do processo educativo, ambos crescem juntos nessa convivência. O diálogo é uma relação horizontal, que se nutre de amor, humildade, esperança, fé e confiança. Neste processo, é que professor e estudante juntos vão aprendendo a construir uma relação afetiva, problematizadora, reflexiva e transformadora. Nesse processo, o saber do educador vai se interligando ao dos educandos nos processos de trocas estabelecidas no decorrer da práxis educativa.

Propõe-se que o preceptor integre conceitos e valores da escola e do trabalho ao ensinar, aconselhar, inspirar no desenvolvimento dos futuros profissionais, servindo-lhes como exemplo e referencial para a futura vida profissional e formação ética (BOTTI; REGO, 2008).

Rodrigues e outros (2012) acreditam que a participação dos preceptores no grupo PET-SAÚDE consiste em uma forma de valorização e reconhecimento dos profissionais atuantes na ESF, suscitando também a necessidade de educação permanente e repercutindo no



envolvimento e comprometimento desses profissionais com a proposta do programa. Também acreditam que o programa se prenuncia como promessa para o aprimoramento da atenção básica, visto que traz propostas inovadoras para a ESF.

Estudo de Pinto e outros (2013) evidenciou que em torno de 90,0% dos estudantes referiram que a interação e a comunicação estabelecidas entre tutor, preceptor e estudante favorecem o processo ensino-aprendizagem. De acordo com os estudantes, as dificuldades encontradas para a integração ensino-serviço foram a resistência dos profissionais da UBS não participantes do PET-SAÚDE, a comunicação entre os trabalhadores de saúde e a falta de capacitação pedagógica do preceptor para receber o estudante.

Fonseca e Junqueira (2014) em seu estudo evidencia que os preceptores não se sentem devidamente qualificados para se colocarem no papel de educadores e relatam não ter recebido nenhum tipo de preparação específica para receber e orientar estudantes em serviço. Tais resultados mostram a importância da educação permanente em saúde no processo de inserção dos atores do programa.

O estudo de Lima e Rozendo (2015) apontou que o exercício da preceptoria no Pró-PET-Saúde contribuiu para a integração ensino-serviço e para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, favorecendo o (re)conhecimento do trabalho do outro. O Pró-PET proporcionou aos preceptores a oportunidade de repensarem as práticas, tanto técnicas quanto pedagógicas, pela presença do estudante no serviço. Favoreceu ainda, o conhecimento de suas limitações e de sua importância para o processo de formação profissional, por meio da atuação como mediador e facilitador da aprendizagem no mundo do trabalho.

O conhecimento desenvolvido na atenção básica tem como característica estar sempre em construção e em questionamento. Considera-se que a dúvida sobre a prática é sempre o ponto de partida para a aprendizagem, e sua resolução consiste em um processo criativo, produzido na relação educando-usuário-preceptor. Assim, a coprodução da saúde é um aspecto relevante que deve ser considerado a partir da inter-relação sujeito-objeto (CAMPOS, 2003).

A atuação do preceptor na atenção básica supõe então a articulação do trabalho morto com o trabalho vivo e neste processo cabe-lhe possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento. Ao se admitir que o trabalho em saúde deve ser configurado por equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, mas também é pautado nas tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades na produção da saúde. Nessa perspectiva, cabe ao preceptor nas suas práticas associar tais tecnologias aos conhecimentos acumulados (MERHY, 2002).

Deste modo, a ESF é representada como um entre lugar, definido (ARRUDA, 2009) como um espaço de criação e difusão do conhecimento, através de sua transformação e da utilização dos saberes pré-existentes. Dito de outra forma, a construção e desconstrução de saberes e práticas existentes na ESF, advindos da articulação ensino-serviço-comunidade, proporciona uma incorporação e disseminação de conhecimentos a partir de e para os profissionais de saúde, a comunidade e os estudantes dos cursos de graduação vinculados ao PET-SAÚDE.

Ao tempo em que a ESF compartilha espaços de práticas em saúde com a academia, assegura-se local privilegiado para qualificação dos profissionais do serviço. Nessa lógica, os preceptores também se beneficiam enquanto profissionais na convivência com os estudantes de graduação, pois esta induz uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido e desperta a necessidade de atualização constante (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014).

Rodrigues e outros (2012) afirmam em seu estudo que a vivência dos diferentes atores no PET-SAÚDE caracterizou uma experiência inovadora e desafiante, uma vez que exigiu a articulação da instituição de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais e comunidade. Os autores acreditam que tenha sido um processo de intenso aprendizado para os acadêmicos, tutores e preceptores inseridos no programa, especialmente no que se refere à realização de ações interdisciplinares no âmbito da atenção básica, além da interação ensino-serviço-comunidade.

A presença de estudantes no campo tem representado o elo vivo entre serviço e academia, uma garantia de ressignificação de saberes e (re)construção de condutas em sintonia com as demandas dos usuários (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

É reconhecido que a interação dos diversos atores sociais que atuam em diversos espaços produtores de cuidado e de conhecimento como a academia e os serviços de saúde facilita a criação de uma rede de comunicação que permite a prática de atividades intersetoriais. Nesse processo, é possível a multiplicação de saberes através dos atores e ampliação do público alvo, o que contribui para a visibilidade das propostas operacionalizadas pelo Programa.

Ao final do ano de 2015 foi criado o PET-SAÚDE/GraduaSUS, fundamentado nos dispositivos legais da saúde. Os projetos devem contemplar mudanças curriculares para cursos de graduação na área da saúde alinhadas às DCNs, além da qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino. A expectativa é de que os projetos fortaleçam o movimento de mudança da formação de graduação em saúde, aproximando-a do SUS.

Essa nova proposta trouxe consigo algumas limitações dentre elas: redução das vagas ofertadas para estudantes, preceptores e tutores, redução do valor da bolsa ofertada a esses participantes, além de cada grupo PET-Saúde/GraduaSUS ser composto por estudantes e professores de um mesmo curso, o que restringiu a atuação interdisciplinar, sendo discutida a mudança curricular nucleada em cada curso.

### 3 PERCURSO TRILHADO PARA COMPREENSÃO DO OBJETO

A metodologia abarca mais do que a descrição dos métodos e técnicas na pesquisa, assim indica as escolhas teóricas realizadas pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo. Teoria e método são dois termos inseparáveis, tratados de maneira integrada e apropriada, quando se escolhe um tema, delinea-se um objeto, ou um problema de investigação (MINAYO, 2010).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha metodológica foi por um estudo na abordagem qualitativa do tipo exploratório. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa tem por finalidade aprofundar-se no universo de significados das ações, vivências e relações humanas, compreendendo a dinâmica interna de grupos específicos, instituições e atores, permitindo revelar processos sociais pouco esclarecidos. Tal aproximação “propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. (MINAYO, 2010, p. 57).

Deslandes e Assis (2002) afirmam que o estudo qualitativo permite uma aproximação à realidade dos sujeitos pesquisados, já que, enquanto pesquisadora nos inserimos no cotidiano dos sujeitos e instituições pesquisadas, oportunizando uma maior intimidade com a realidade, numa interrelação com os sujeitos envolvidos na ação social, o que facilita na produção de novos conhecimentos.

Uma pesquisa é de natureza exploratória, segundo Gil (2007), quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Dessa forma, esse tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento acerca do assunto, a fim de que o pesquisador formule problemas mais precisos ou desperte para temáticas que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

### 3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana, Bahia, localizado no agreste da Bahia, a 108 km da capital Salvador. Feira de Santana é a segunda maior cidade do estado da Bahia e a maior do interior nordestino em contingente populacional, com uma estimativa de 622.639 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Feira de Santana encontra-se em um dos principais entroncamentos rodoviários do Nordeste brasileiro, cortado por rodovias federais: BR 101, 116 e 324, e quatro rodovias estaduais: BA 052, 502, 503 e 504. A sua localização geograficamente privilegiada é um dos fatores que contribui significativamente para o desenvolvimento econômico e social do município, atraindo indústrias, comércios, serviços e um fluxo constante de pessoas e veículos.

No que se refere à gestão do SUS, o município encontra-se em condução plena do sistema de saúde. A rede de serviços de atenção básica encontra-se estruturada com oitenta e três unidades de saúde da família, sendo que desse total, vinte e uma estão localizadas na zona rural e sessenta e duas na zona urbana do município. A rede também conta com noventa e uma equipes de saúde da família que atuam nestas unidades. O município também possui dezoito núcleos de apoio à saúde da família (NASF) estruturados e compostos por equipes multiprofissionais responsáveis pelo apoio matricial às unidades de saúde da família.<sup>1</sup>

A atenção básica ainda é composta por unidades no modelo tradicional denominadas unidades básicas de saúde (UBS), que são em número de quinze e dispõem de vinte e quatro equipes de saúde. As unidades foram instaladas em imóveis alugados, os quais sofreram adaptações físicas, segundo padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde.

O estudo teve como cenários, duas unidades de saúde da família (USF) na zona rural e sete na zona urbana em bairros localizados nas proximidades da UEFS, todas vinculadas ao PET - Saúde da Família UEFS com o mínimo de dois anos da implantação do referido Programa.

A escolha das unidades de saúde buscou contemplar as zonas rural e urbana, o que permitiu a visualização das especificidades da atuação no território adscrito da unidade de

---

<sup>1</sup> Informação verbal obtida pela pesquisadora na Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, em outubro 2015.

saúde da família. Outrossim, a escolha de unidades que se localizam nas proximidades e área de abrangência da UEFS, tomou como referência a informação verbal obtida entre ex-petianos, petianos, tutores e preceptores do PET-SAÚDE. A informação obtida por estes refere à fixação de profissionais nessas unidades e contribuições significativas dos profissionais de saúde ao Programa.

As atividades do PET-SAÚDE em parceria com a UEFS iniciaram-se em 2009, primeiramente com o PET-Saúde da Família. A UEFS é a segunda instituição pública de Ensino Superior mais antiga da Bahia criada em 1976, como resultado de uma estratégia governamental com o objetivo de interiorizar a educação superior, até então, circunscrita à capital. Posteriormente, houve uma tendência para a ampliação de instituições de nível superior para o interior do estado e simultaneamente o surgimento de instituições privadas.

O PET-SAÚDE inicialmente foi aberto para os estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia da UEFS e posteriormente para os demais cursos da área de saúde, o que possibilitou o desenvolvimento de atividades em um caráter multiprofissional e interdisciplinar.

Ao longo do tempo houve o surgimento de outras redes temáticas do PET-SAÚDE na UEFS, dentre elas o PET - Saúde Vigilância à Saúde em 2010, PET - Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas em 2011, PROPET-Saúde na Rede SUS de Feira de Santana, Bahia em 2012 e PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde em 2013. Todos esses mantiveram a configuração inicial do programa, no entanto tinham enfoques diferenciados.

Ressalta-se que o PET-SAÚDE é estabelecido em parceria com uma IES e suas atividades práticas ocorrem na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS do município. No entanto, reuniões e atividades teóricas com tutores, petianos e preceptores ocorrem em sua maioria nas IES a que os participantes estão vinculados.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Profissionais da equipe saúde da família vinculados às unidades de saúde selecionadas, que atuaram como preceptores do PET - Saúde da Família UEFS. Para tanto, levamos em consideração os seguintes critérios de inclusão: preceptores que haviam atuado nas unidades de saúde da família vinculadas ao PET-SAÚDE, por um período mínimo de dois anos como preceptores.

Consideramos os respectivos critérios de exclusão: preceptores que tivessem sido desligados do programa por qualquer motivo no período e aqueles que se encontrassem de licença ou de férias por razões diversas.

É importante que num estudo qualitativo sejam identificadas as pessoas ou grupos de pessoas do estudo que estão relacionadas com o objeto de estudo, pois são elas que vivenciam a situação estudada pelo pesquisador e que fornecem informações sobre suas experiências, práticas, sentimentos e seus pontos de vista (SANTANA, 2010)

Os participantes da pesquisa foram 16 profissionais de saúde que atuaram no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde entre 2009 e 2014 em Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados da pesquisa ocorreu de março a abril de 2016.

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde entre 2009 e 2015 em Feira de Santana, Bahia, coleta de dados referentes a março e abril de 2016.

Entrevistados <sup>2</sup>	Sexo	Idade	Função/Ocupação	PET	Pós-graduação
1	Masculino	48	Cirurgião-dentista	Família/ Redes	Não possui
2	Feminino	55	Enfermeira	Família	Saúde da Família
3	Feminino	43	Cirurgiã-dentista	Família	Saúde Pública
4	Feminino	39	Enfermeira	Família/Redes	Saúde Coletiva
5	Feminino	32	Enfermeira	Família	Saúde Pública
6	Feminino	51	Enfermeira	Família	Enfermagem do trabalho
7	Feminino	38	Enfermeira	Família	Ciências da Educação
8	Masculino	62	Médico	Família	Pneumologia
9	Masculino	39	Ed. física	Família	Educação e saúde para grupos especiais
10	Masculino	36	Cirurgião-dentista	Família	Mestrado Saúde Coletiva
11	Feminino	30	Enfermeira	Família	Obstetrícia/ Emergência
12	Feminino	43	Enfermeira	Família/Mental	Mestrado Enfermagem
13	Feminino	41	Enfermeira	Família	Saúde Mental
14	Feminino	38	Enfermeira	Família	Saúde da Família
15	Feminino	59	Enfermeira	Família/Redes	Gestão em saúde
16	Feminino	32	Enfermeira	Família/Materno-Infantil	Obstetrícia

<sup>2</sup> Os entrevistados foram identificados por um número, de acordo com a ordem da realização das entrevistas.

Em sua maioria, os entrevistados eram mulheres, sendo apenas quatro profissionais de saúde do sexo masculino. A idade dos participantes entrevistados variou de 30 a 62 anos. Cinco deles referiram ter participado de outras linhas do PET, como PET-Redes, Saúde Mental e Materno Infantil. Quinze participantes possuíam especialização, importante destacar que cinco deles possuíam especialização em Saúde Pública/Saúde da Família/Saúde Coletiva, sendo os demais especialistas em áreas diversas. Um dos entrevistados não obtinha título de pós-graduação.

Observa-se também a inserção dos preceptores na carreira acadêmica, sendo que três finalizaram o mestrado e um encontra-se com doutorado em curso. Em relação à categoria dos profissionais, o enfermeiro se destaca como categoria com o maior número de entrevistados, seguida do cirurgião-dentista e por fim, em igualdade o profissional de educação física e o médico.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes de adentrar o campo, a Coordenação da Atenção Básica do município foi contactada para proceder à apreciação do projeto de pesquisa. Após obtenção do parecer e aceite do projeto, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e aprovado com o CAAE nº 50653215.0.0000.0053 e parecer nº 1.418.548.

O contato com a equipe de saúde foi iniciado mediante apresentação das pesquisadoras e do projeto de pesquisa. Desta maneira, também foi apresentada a carta de aceite da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o parecer de aprovação do CEP, que autorizou a realização da pesquisa naquele local. Com isso houve aproximação do campo de estudo para posterior aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e realização das entrevistas com os profissionais de saúde. Além disso, averiguamos o interesse na participação da pesquisa, procedendo à apresentação do tema e os objetivos da pesquisa, ocorrendo uma resposta positiva ao questionarmos a disponibilidade dos profissionais para realizar a aplicação dos métodos.

Em seguida fizemos pactuações para o procedimento de coleta de dados, quanto à data, local, duração da entrevista e esclarecimentos de dúvidas sobre o referido projeto. Outrossim, fizemos a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



no decorrer. Também foi garantida aos participantes a privacidade no momento das entrevistas, o anonimato e o acesso prévio aos resultados da pesquisa.

### 3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu mediante aplicação do TALP, a fim de promover uma reaproximação do participante com o tema, uma vez que este havia finalizado sua atuação no PET-SAÚDE há algum tempo, aliado a isso visou contribuir para criação de um clima favorável para a continuidade da pesquisa empírica. Posteriormente recorreu-se à entrevista semiestruturada por possibilitar espaço para novas interrogativas, dando liberdade ao entrevistado para discorrer sobre o assunto e à análise de documentos, a fim de averiguar os registros do desenvolvimento de atividades realizados nos relatórios do Programa.

Segundo Rapaport (1965), o TALP é uma técnica projetiva que, tem como principal característica revelar os aspectos mais subjetivos do indivíduo, sua personalidade e/ou suas representações acerca de determinado objeto. Este instrumento de coleta de dados favorece a revelação de desejos fundamentais, elementos de conflitos, momentos significativos da história de vida e representações sociais relacionadas a objetos e fenômeno.

O TALP consiste em uma técnica, na qual por meio de induções, consegue-se captar e receber informações, aparentemente ocultas ou não, e que, através de uma resposta associativa a uma imagem ou a uma palavra é possível revelar as opiniões, os pensamentos, as personalidades, o que torna essa técnica, segundo Merten (1992, p.531), um “dos melhores guias para o significado de um ponto até então obscuro” pertinente para um estudo exploratório.

Na aplicação do TALP (APÊNDICE A) foram observadas as seguintes etapas: primeiramente explicou-se a técnica e os objetivos da mesma; em seguida ofertou-se papel, lápis e foi solicitado ao participante que registrasse o que lhe viesse a memória ao anunciarmos a seguinte sentença aleatória: felicidade; após o período de um minuto foram enunciadas as palavras alvo uma a uma, de forma a garantir o tempo necessário para o registro. Ao término da aplicação, o papel foi recolhido pela pesquisadora, conforme previsto no TALP.

A utilização dessa técnica projetiva tem sido orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do participante se torna palpável através das manifestações de condutas

de reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade. Essa técnica projetiva atua sobre a estrutura psicológica do sujeito, a partir de quatro principais condições: estimular, tornar observável, registrar e obter comunicação verbal (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

A entrevista trata-se de um jogo interlocutivo no qual o entrevistador cria estratégias para que a outra pessoa coopere preenchendo as lacunas deixadas pelas perguntas. Nesse sentido, privilegia a linguagem, escuta e o encontro entre os participantes, sendo um desafio para o pesquisado lidar com possíveis posições de domínio, direcionamento e supremacia (SILVEIRA, 2007).

A entrevista semiestruturada tem como característica a presença de questionamentos básicos que são apoiados em teorias e pressupostos que se relacionam ao tema da pesquisa. Desta forma, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e compreensão de sua totalidade, possibilitando amplo espaço para novas interrogativas, a fim de oferecer liberdade ao entrevistado para discorrer sobre o assunto (TRIVINÓS, 2009).

O roteiro para a entrevista (APÊNDICE B) é composto por duas partes, a primeira aborda os dados de identificação, da unidade de saúde, da formação profissional, o período de participação no PET-SAÚDE com a finalidade de traçar o perfil dos participantes. Já a segunda parte apresenta as questões norteadoras sobre as práticas pedagógicas de saúde experienciadas pelo preceptor na estratégia.

As entrevistas foram realizadas em local e horário de escolha do participante, sendo respeitada a sua privacidade, além do sigilo das suas declarações, gravação das entrevistas, após anuência dos participantes e logo após estas foram transcritas com o intuito de obter um produto de qualidade e evitar perdas do conteúdo explanado.

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja ao complementar as informações obtidas por outras técnicas, seja ao desvelar aspectos novos sobre um tema (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Essa técnica foi utilizada com o objetivo de descrever os elementos constitutivos das práticas pedagógicas dos preceptores do PET-SAÚDE presentes nos relatórios semestrais do programa.

O roteiro para a análise de documentos (APÊNDICE C) é composto por itens passíveis de serem identificados nos relatórios do PET-Saúde da Família, dentre os temas abrangidos, destacam-se práticas dos preceptores, articulação ensino, serviço e comunidade, atividades interdisciplinares e/ou multiprofissionais, educação permanente, experiências pedagógicas dentre outros aspectos.

Desse modo, realizou-se a triangulação dos dados coletados por meio das técnicas apresentadas. Entende-se que a triangulação de técnicas de coleta, pode ser vista a partir de duas óticas: uma estratégia que contribui com a validade de uma pesquisa; e como uma alternativa para a obtenção de novos conhecimentos e uma amplitude da compreensão de novos pontos de vista (VERGARA, 2006).

A triangulação foi feita com o intuito de estabelecer vínculo entre os dados e maior confiabilidade, procedeu-se a triangulação de dados e das técnicas (entrevista, TALP e análise de documentos) buscando conhecer o contexto histórico e social no âmbito individual e coletivo. Desta forma, nessa fase houve a conexão das falas, do material apreendido no TALP e nos relatórios com a literatura de modo a possibilitar a construção de categorias com o objetivo de responder à questão norteadora proposta no estudo.

Diante disso, o uso conjunto das técnicas (entrevista, TALP e análise de documentos) buscou aprofundar as questões do objeto de estudo e colaborar na compreensão do processo de análise e discussão dos dados coletados.

### 3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Qualquer técnica de análise de dados, em última instância, significa uma metodologia de interpretação. Como tal, possui procedimentos peculiares, envolvendo a preparação dos dados para a análise, visto que esse processo “consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem”. (CRESWELL, 2007, p. 194).

Nessa perspectiva, é importante salientar a ideia do contexto, pois o conteúdo coletado sem considerar a situação, torna a análise falha, o pressupõe a necessidade de um olhar amplo e contrapor os dados à luz da ciência (MIZUKAMI, 2002).

Thompson (1995) aponta a importância do contexto e da história nas análises científicas. Em consonância Chase (2008) confia na investigação com visão interdisciplinar, defendendo o estudo dos indivíduos em seus próprios contextos social e histórico.

O método de análise escolhido configura-se numa aproximação da Hermenêutica-Dialética pela compreensão de que essas teorias valorizam as subjetividades dos participantes do estudo. Também pela necessidade de levar em consideração as convergências, divergências, complementariedades e diferenças encontradas nas falas, palavras registradas e documentos analisados.

De acordo com Minayo (2010) a Hermenêutica-Dialética se apresenta como um “caminho do pensamento”, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia. Nesse sentido, tem a capacidade de promover uma reflexão fundamental sem se destoar da práxis visando à compreensão da comunicação.

Na concepção de Gadamer (1996) a hermenêutica é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Esta deve se relacionar com a retórica e com a práxis. A hermenêutica traz para o primeiro plano as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas de mundo do dia-a-dia.

A hermenêutica para Silverman (1994) refere-se à compreensão e interpretação. Ressalta um ato de mediação entre um intérprete e o interpretado, o chamado lugar entre (*placing-between*), em que se produz ou se estabelece o significado, portanto o significado resulta de um ato interpretativo.

Já a dialética é a forma em que a realidade se desenvolve a partir do movimento, da transformação e do estranhamento que caracteriza as relações sociais, as quais são “historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas”. (MINAYO, 2002, p. 50).

Para Ricoeur (1976) é fundamental que exista dialética entre compreensão e explicação. Assim, aquele que se propõe a compreender alguém deve abrir-se para a escuta do outro, o que aponta para um mundo possível, mas isso só pode ser feito a partir do horizonte significativo do ouvinte.

“A união da hermenêutica com a dialética busca compreender o texto, a fala, o depoimento como o resultado de um processo social e de conhecimento frutos de múltiplas determinações”. Desse modo, a primeira toma como base o consenso e a compreensão de modo a considerar a tradição e a linguagem, enquanto que a segunda estabelece criticidade na compreensão da realidade pautada no princípio do conflito e da contradição como algo que se explica na transformação da realidade. (MINAYO, 2010, p.227).

Segundo Gadamer (1996, p. 46) “para se compreender um texto (seja ele escrito ou oral), é essencial deixar que este diga algo, em uma postura de acolhimento da sua alteridade”. Essa instância hermenêutica não implica neutralidade ou autocensura, mas uma “apropriação seletiva das próprias opiniões e preconceitos” à medida que só podemos compreender como significativo o que remete às nossas próprias opiniões, juízos prévios, enfim ao nosso mundo de significados.

Linguagem e significados estão simbioticamente relacionados. Dependemos da linguagem para significar nossos atos, dar sentido a nossa existência, é a linguagem que

estabelece o domínio da interpretação. O significado resulta de um alto interpretativo em busca da compreensão, desde que se considere que o próprio processo de busca, cria e recria algo novo pelo intérprete (GRANDESSO, 2000).

O sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata (VYGOTSKI, 2001).

Nessa perspectiva, o sentido se produziria nas práticas sociais, através da articulação dialética da história de constituição do mundo psicológico com a experiência atual do sujeito. Assim, abrem-se vias para que se admita a polissemia da linguagem e, conseqüentemente, para que se pense em múltiplas construções de sentidos.

O significado da palavra reflete de forma mais simples a unidade do pensamento e da linguagem. Em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido, o significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos.

Para Vygotski (1993), o significado da palavra é como uma generalização, que reflete a realidade num processo diferente daquele que envolve o sensorial e o perceptual, que prenderiam o homem às condições situacionais imediatas. Por isso, a generalização é concebida como o fundamento e a essência da palavra. O sentido estabelece distinções e relações entre linguagem interna e externa, as características funcionais e estruturais da fala para o outro e para si. Nessa discussão salienta a significação da palavra no contexto de seu uso e nas condições de interação dos falantes.

Esse método torna-se relevante para construção deste estudo uma vez que permite articular a subjetividade (falas e opiniões emitidas nas entrevistas e palavras registradas no TALP) e a objetividade (documentos), o que permite um aprofundamento da compreensão no que tange ao objeto estudado.

Para Gadamer (2006), a consciência moderna assume uma posição reflexiva com relação ao que lhe é transmitido pela tradição, o que se chama interpretação. E a primeira pressuposição dela é o “estranho” daquilo que se quer compreender. Somente aquilo que nos é estranho precisa ser interpretado, para ser compreendido. Compreender, portanto, é participar de uma perspectiva comum.

Nessa perspectiva, tendo como embasamento as referências dos estudos de Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010) no que diz respeito ao método de análise

Hermenêutico-dialético, sistematizamos os seguintes momentos de análise de dados: ordenação, classificação e análise final dos dados, os quais possuem relação, dinamicidade e complementariedade entre si.

Momento inicial (ordenação dos dados): é caracterizado pelo primeiro contato com o material empírico em que foi feita a transcrição *ipsis litteris* das entrevistas gravadas. Ao passo que se ouvia o áudio fazia-se a digitação das entrevistas com leitura preliminar desse material. As entrevistas eram transcritas no menor espaço de tempo do momento em que foi realizada para melhor associação do que havia sido dito e recordações dos acontecimentos e expressões não verbais durante a execução das mesmas.

Segundo momento (classificação dos dados): é destinado a realização da leitura exaustiva e repetida dos textos. Desse modo, essa é uma das partes que auxiliou a pesquisadora no estabelecimento dos núcleos de sentido dos dados das entrevistas, do TALP e dos documentos, na construção das categorias empíricas e na busca das relações dialéticas entre elas. Em seguida, os dados empíricos foram sistematizados a partir da síntese horizontal (leitura de cada categoria por cada entrevistado) e a síntese vertical (visão global de cada entrevista e do grupo de entrevistado).

Fez-se a identificação dos temas relevantes, realizando a sua separação e posterior agrupamento, o que permitiu refinar o movimento classificatório dos dados. Foram então identificadas as convergências, divergências, complementariedades e diferenças existentes em cada núcleo de sentido nas falas dos entrevistados (Quadro 1).

Dessa maneira, para melhor compreensão, apresentamos a caracterização dos participantes e agrupamos os achados em categorias, as quais foram empregadas para estabelecer classificações.

Isto posto, foi dado prosseguimento a elaboração das categorias a partir dos núcleos de sentido extraídos dos dados, denominadas da forma seguinte:

**Categoria 1: (DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE**

**Categoria 2: PRECEPTOR, UM PROTAGONISTA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE**

**Categoria 3: SIGNIFICADOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE NA FORMAÇÃO DO PRECEPTOR**

A análise final dos dados foi constituída pelo aprofundamento do material obtido nos momentos anteriores, o que possibilitou melhor compreender o objeto de estudo através da articulação entre o empírico e o teórico.

Um dos produtos finais desse trabalho encontra-se em formato de artigo, localizado após a descrição e análise da terceira categoria dos resultados apresentados. O artigo aborda os elementos da categoria 1, intitulada (Des)integração ensino, serviço e comunidade no Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde. O periódico de escolha para publicação foi a Revista Ciência e Saúde Coletiva, por ser reconhecida como de relevância para saúde pública e abranger o tema estudado.

Quadro 2 - Núcleos de sentido identificados a partir dos discursos dos preceptores participantes do PET-SAÚDE em Feira de Santana, Bahia, abr. 2016.

Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Síntese horizontal <sup>3</sup>
Núcleos de sentido																	
Práticas de saúde e relação ensino-serviço e comunidade																	
Sentidos e significados do PET-SAÚDE																	
Atividades enquanto preceptor																	
Facilidades e dificuldades vivenciadas nas práticas no programa																	
Síntese vertical <sup>4</sup>																	

<sup>3</sup> Síntese horizontal: É a síntese das ideias do coletivo dos entrevistados sobre cada sentido dado sobre o objeto estudado.

<sup>4</sup> Síntese vertical: É a síntese das ideias de cada entrevistado sobre os sentidos dados (núcleos de sentidos) sobre o objeto estudado.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

No Brasil, os aspectos éticos relativos às atividades de pesquisa que envolvem seres humanos são regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para realização do estudo, o projeto foi previamente submetido para apreciação dos aspectos éticos legais ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. Obtivemos parecer favorável no dia 22 de fevereiro de 2016, com o respectivo nº 1.418.548 (CAAE 50653215.0.0000.0053).

Após parecer favorável do CEP-UEFS, adentramos o campo de pesquisa propriamente dito. Precisamente no dia 2 de março de 2016 foi feito o primeiro contato com o campo de estudo e no dia 9 de março do mesmo ano houve a oportunidade de iniciar as primeiras entrevistas como pactuado anteriormente, finalizando-as no dia 15 de abril de 2016.

Para atender as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado o TCLE (APÊNDICE D), já que “o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. (BRASIL, 2012, p. 5).

O TCLE teve por finalidade orientar os participantes da pesquisa por meio de linguagem acessível sobre os objetivos, justificativa, metodologia utilizada no estudo assim como esclarecer os possíveis os riscos e benefícios na participação da pesquisa. No TCLE encontravam-se todas as informações necessárias sobre a pesquisa e a solicitação de autorização para participação do estudo. Após aceite procedeu-se a assinatura dos termos, sendo que uma via ficou com o entrevistado e a outra com a pesquisadora.

Ressalta-se que foram providos em todo o processo, procedimentos que assegurassem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, garantindo-se a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

A publicação dos resultados ocorrerá de forma a preservar a identidade dos participantes, segundo as orientações normatizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desse modo, foram observados o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de



contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. O material coletado será utilizado na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e/ou de acordo com o consentimento do participante. O referido material será guardado por cinco anos no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado e transcorrido este período será destruído.

Os possíveis riscos desse estudo são: constrangimento ao lidar com alguma situação desagradável, não empatia com o pesquisador, lembranças desagradáveis e medo de expor suas ideias. A postura aberta, respeitosa e solidária durante a coleta de dados teve o sentido de evitar e/ou minimizar os riscos dos participantes da pesquisa, assim como abarcar o maior número de benefícios nesse processo.

Apesar dos possíveis riscos, visualizamos que estes poderão ser superados pelos benefícios que este estudo poderá trazer, de modo que crie meios que auxiliem no fortalecimento de estratégias de reorientação da formação em saúde e na visibilidade do protagonismo do preceptor nas práticas de saúde.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir na possibilidade de gerar mudanças no cenário da formação em saúde na Bahia, estimular a criação de novas estratégias para reorientação da formação em saúde e aprimoramento de conhecimentos do PET-SAÚDE enquanto estratégia para o fortalecimento de qualificação de profissionais para o SUS.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das práticas realizadas pelos preceptores do PET-SAÚDE durante as atividades do Programa na Estratégia de Saúde da Família (ESF) evidenciou o envolvimento destes no pensar as práticas e agir para concretizá-las. Desse modo, fizemos considerações sobre as práticas relatadas pelos preceptores no Programa que integram seu processo de trabalho na atenção básica, bem como as formas de (des)integração ensino, serviço e comunidade.

### 4.1 (DES)INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

As práticas dos preceptores perpassam por um contexto caracterizado por movimentos de integração e desintegração durante o percurso do Programa. Há momentos que são favorecidos pela articulação entre os participantes, no entanto há ocasiões marcadas pelo distanciamento e fragmentação no desenvolvimento das atividades.

A integração ensino, serviço e comunidade é concebida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de professores e estudantes das instituições de ensino superior (IES) com os trabalhadores do serviço de saúde, incluindo-se os gestores e a comunidade, objetivando qualificar a atenção à saúde individual e coletiva e à qualidade da formação profissional (ALBUQUERQUE et al., 2008).

De acordo com Araújo (2006), a interação entre as IES, os serviços de saúde do SUS e a comunidade é reconhecida como uma estratégia para se alcançar a adequação das respostas dos profissionais às demandas sociais da população. No que tange a este aspecto, a interrelação entre saúde e educação enfoca as competências dos profissionais no atendimento das necessidades sociais da população.

Ao aplicar o TALP e conceder o estímulo PET-SAÚDE, a palavra mais frequente foi integração. Isso sugere que os preceptores conhecem o propósito do Programa e o cotidiano prático se aproxima desta realidade. Outras palavras relacionadas foram: renovação, conhecimento, multidisciplinaridade e interação.

Mediante tal perspectiva, as falas dos preceptores evidenciam a interrelação entre a IES, o serviço de saúde e a comunidade, entendida como um elo. Esta relação de trabalho conjunto entre universidade e serviço é um processo em construção que possibilita uma relação social de várias ordens, desde as subjetivas e pessoais até as acadêmicas e políticas:

[...] existe um elo da UEFS, eu sempre digo gente a UEFS não pode sair de daqui de dentro, a comunidade abraça eles, eles gostam muito, tanto na pesquisa como na parte de atendimento, é uma ajuda muito boa. (Ent. 2).

[...] acho super válido a relação da universidade com o serviço, os dois têm a ganhar com essa relação né, é uma coisa de mão dupla, todos dois saem beneficiados disso, porque a universidade precisa do serviço para colocar em prática o que é ensinado e a gente precisa... e é bom para a gente porque a universidade vem para cá para dentro, porque traz novos saberes e traz um novo vigor no funcionamento da unidade. (Ent. 6).

Para as entrevistadas 2 e 6 a parceria com a IES se configura como um vínculo consistente com a equipe de saúde e comunidade, pois trata-se de uma relação que beneficia a todos os atores envolvidos no processo. Consideram ainda, que a inserção de estudantes na USF amplia o leque de ações ofertadas no serviço e colabora na produção de conhecimentos.

A integração ensino, serviço e comunidade configura-se, então como mediadora de diálogos, reflexões e aprendizados múltiplos, em um processo no qual a vigilância em saúde caracteriza-se como um dos cenários de aprendizado transformador (LINHARES et al., 2013).

As falas seguintes convergem na mesma direção e complementam que a imersão dos estudantes no serviço de saúde, suas vivências de enfrentamento da realidade concreta são essenciais para a articulação teoria-prática.

É fundamental a inserção dos estudantes aqui e a parceria com a universidade, ela é essencial porque é a prática não tem como negar isso é experimentação, é a vivência, é o real, às vezes aquilo que está na teoria, quando chega aqui na realidade, o que está no discurso na universidade, as vezes quando chega aqui na realidade, o pessoal tem um choque, poxa mas não foi isso que eu aprendi. (Ent. 9).

Eu costumo dizer que é uma troca, a gente está aqui na prática na unidade de saúde, a gente tenta dar ao aluno a experiência prática e o aluno que está vindo da universidade ele vem com todo o conhecimento teórico, científico, atualizado. (Ent. 7).

Além de aproximar os estudantes com o SUS visando uma transformação na cultura interna das IES, os programas indutores de reorientação da formação buscam modificar as relações entre os atores sociais, no sentido de provocar um compromisso social, ético e político dos trabalhadores inseridos no sistema. Com a inserção no PET, os estudantes começaram a entrar em contato, discutir e refletir sobre a atenção básica em saúde e a realidade local vivenciada, além de repensar a dinâmica da territorialidade e sua influência nas condições de saúde da comunidade.

Ao trazer o estudante para um cenário de experiência viva, o preceptor assume o papel de facilitador. Porém, a relação preceptor – estudante não é somente direcionada para a realização de práticas profissionais, pelo contrário, é influenciada pela interação pessoal, no sentido de oferecer suporte humano, mantendo a corresponsabilidade na aprendizagem, promovendo situações estimuladoras de construção do próprio conhecimento bem como da própria postura profissional (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009).

Neste ponto de vista, é preciso reconhecer o serviço enquanto espaço privilegiado de aprendizagem e apoio à formação, capaz de favorecer a competência humana de modificar a realidade e os próprios processos formativos em saúde.

Eu sempre quis voltar a ter esse contato na verdade com a instituição UEFS e eu gosto desse contato com estudante, e para mim foi muito enriquecedor, porque permite essa questão da interdisciplinaridade, de atividades multiprofissionais é muito enriquecedor para o preceptor e a gente aprende muito com os alunos também de diversos cursos. (Ent. 10).

A troca de conhecimentos com os petianos é um tema presente na fala dos preceptores, talvez em razão disso, os trabalhadores do serviço, relatem a necessidade que sentem de estudar, se atualizar e pesquisar. As atividades desenvolvidas no Programa pelos estudantes juntamente com os preceptores fortalecem a concepção do serviço público de saúde como cenário de prática, campo de formação permanente permeado pela constante produção do conhecimento.

Para Myrick e Yonge (2004), o preceptor é uma pessoa chave para o sucesso da experiência da preceptoria, enfatizando que a comunicação entre este e a instituição de ensino é fundamental para o sucesso global desta vivência, o que exige comprometimento com a formação profissional, pois este passa a ser uma referência profissional para o estudante.

Um desafio importante no exercício da preceptoria é a superação da formação profissional atrelada ao modelo biomédico e a construção do conhecimento por meio da adoção da interdisciplinaridade aliada à prática em saúde. Visto isso, é interessante notar que

as ações multidisciplinares ocorrem com diferentes categorias profissionais que, não necessariamente, dialogam entre si. Enquanto que, para que a interdisciplinaridade aconteça, é preciso existir a interação das disciplinas em torno de um objetivo em comum, na construção de um novo saber (PEDUZZI, 1998).

[...] depois que eu entrei no PET eu tive assim um fôlego novo para voltar a estudar, voltar a pesquisar, aí eu peguei fiz especialização em saúde pública depois fui aprovada no mestrado profissional em saúde coletiva e hoje já estou graças a Deus para fazer a minha defesa, eu atribuo essas minhas conquistas ao PET. (Ent. 3).

[...] nós que estamos aqui no dia a dia na prática se a gente não for desafiada de vez em quando a gente acaba ficando meio murcinha, acomodada, e o PET para mim pelo menos para mim traz esse desafio me desequilibra, me faz buscar algumas coisas. (Ent. 9).

Neste sentido, verificou-se nos relatórios do PET que vários preceptores haviam ingressado na UEFS para realização de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, levando a supor que o processo de Educação Permanente, fruto da parceria entre o serviço de saúde e a UEFS, contribuiu para a qualificação dos trabalhadores de saúde das diversas categorias.

Acredita-se que a preceptoria contribui para o crescimento profissional por promover trocas fortalecendo a aprendizagem; por renovar o desejo de aprender com a presença do estudante no serviço, estimulando a busca do conhecimento, do pensamento reflexivo; por permitir influenciar na prática e participar do crescimento e desenvolvimento de novos profissionais (BENTES et al., 2013).

Vários preceptores ressaltaram em suas falas que as ações desenvolvidas no PET ocorrem mediante parceria com a universidade como um apoio estratégico ao serviço, no que tange a recursos materiais, a oferta de educação permanente, o suporte do docente tutor, o que permite a ampliação do leque de atividades de promoção à saúde da comunidade, diversificando-as. Aspectos esses caracterizados como fundamentais para a concretização das práticas da preceptoria.

[...] teve algumas capacitações para a gente na universidade, juntava os preceptores, tinha oficinas, o que ajudou no desempenho da preceptoria, a gente socializava e quando tinha reuniões na Secretaria que a gente se encontrava, a gente acabava também se comunicando então na realidade era socializada a maioria das informações, tanto que quando a gente via o que o preceptor fazia a gente criava um senso crítico [...]. (Ent. 4).

A gente tinha um apoio bom do NUEG (Núcleo de Editoração Gráfica) da UEFS na época, o apoio da tutoria, conseguia até recursos materiais que a gente muitas vezes não conseguia pela Secretaria e outras formas da gente estar captando outros recursos, a questão da reunião com a tutora para a gente até fazer nosso planejamento conjunto. (Ent. 16).

O senso crítico referido pela entrevistada 4 parece se constituir em um processo de aprendizado com muitas idas e vindas envolvendo o trabalho coletivo, realização de reuniões e oficinas, socialização das ações realizadas, sobretudo a partilha de informações e ainda, a capacidade de observação, necessária a tessitura de uma crítica sobre a própria prática. Por sua vez a entrevistada 16 ressalta o apoio ofertado pela universidade no que tange aos recursos materiais e diálogo com os docentes tutores, o que facilitava o planejamento de forma coletiva.

Ao aplicar o TALP e conceder o estímulo Práticas de Saúde, dentre as palavras mencionadas estavam as seguintes: processo de trabalho, prática do conhecimento, aprendizagem, melhorias para o serviço, autonomia, cuidado, atividades em campo de prática, exercitar, atitudes para promover o bem estar, reflexão, realização, inserção, viabilidade, trabalho e educação em saúde. Isso sugere que os preceptores reconhecem as práticas como meio de modificar a situação vivenciada no ambiente de trabalho e que estas precisam ser fruto de reflexões constante desta realidade. A única palavra que houve repetição foi aprendizagem o que evidencia o reconhecimento de alguns preceptores como aprendiz no cotidiano de trabalho vivenciado.

Dentre as práticas dos preceptores no PET-SAÚDE, o planejamento das atividades perpassa pelo cotidiano de todos os entrevistados, sendo uma ferramenta essencial para concretização dos objetivos do Programa.

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Assim, o planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

Segundo os entrevistados, as práticas educativas nas unidades de saúde são pautadas no Calendário do Ministério da Saúde e nas necessidades de saúde da comunidade. Ressalta-se, a importância do diálogo e participação dos usuários e trabalhadores de saúde no planejamento conjunto das ações.

[...] a gente vê a demanda do serviço e o Calendário do Ministério da Saúde, na verdade nós vemos em todas essas coisas possibilidades. Então, assim, se houvesse, como eu falei, a semana do idoso ou saúde bucal a gente ia dar uma focada naquilo, mas não esquecendo a demanda que seria, assim nas necessidades mais emergentes. (Ent. 1).

O planejamento permite o direcionamento das ações, sem perder de vista a flexibilidade necessária no decorrer de todo processo. Isso gera a articulação dos trabalhadores de saúde, promovendo a aproximação entre eles e com a comunidade, de modo a aumentar a resolutividades dos problemas identificados no território.

De acordo com Libâneo (2002, p. 81) "a aprendizagem do pensar criticamente, implica o desenvolvimento de competências cognitivas do aprender a aprender elementos conceituais para interpretar a realidade e intervir nela", proposta curricular de cunho emancipatório na formação dos professores.

Havia uma programação prévia, obviamente que não era engessada, a unidade não trabalha com uma agenda engessada, a minha agenda não é engessada, então eu me encaixava, pouquíssimas vezes eu não estive presente nas atividades do PET, dos meus bolsistas, mas quando eu não estava presente minha colega preceptora estava presente até porque a gente o grupo inteiro na unidade tinha um entrosamento muito grande. (Ent. 9).

A programação prévia a que o entrevistado 9 se refere constitui um requisito para, nas palavras de Sarti e outros (2012, p. 538) “adentrar o cotidiano da população que requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles”, portanto supõe um planejamento que gere condições de execução do trabalho.

Os preceptores realizam reuniões de planejamento com a equipe e estudantes, buscando meios para superar as dificuldades no processo de trabalho coletivo, com metodologias ativas e as novas tecnologias de ensino-aprendizagem. Desse modo, ofertam uma diversidade de atividades, não apenas a realização de salas de espera e reuniões em grupos, mas outras atividades mais atrativas para a comunidade de modo a compreender a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos.

No processo de análise dos relatórios do PET foi possível identificar registros sobre o acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas pelos estudantes; as estratégias de compartilhamento de conhecimentos como rodas de conversa, oficinas e seminários. Assim, consideramos que as práticas dos preceptores no serviço buscam favorecer a vivência dos estudantes no processo de educação pelo trabalho para a saúde.

Desse modo, reconhece-se a importância do preceptor e de suas ações, devendo isso ser fruto de debates e reflexões (MISSAKA, 2010), reafirmando-se a preceptoria como atividade que enriquece a formação, ao favorecer o processo de constituição do estudante em um profissional atento às necessidades de saúde dos usuários e capaz de oferecer respostas pertinentes.

Ao aplicar o TALP e ofertar o estímulo Formação, a palavra mais frequente foi conhecimento. Outras palavras relacionadas foram: preparo, profissão, universidade, instituição de ensino, ampliação de conhecimentos, permanente, qualificação, amor, educação, continuidade, trabalho e construção. As palavras mencionadas remetem ao papel da IES na formação dos profissionais e também a necessidade da busca contínua de novos saberes.

Os entrevistados comentaram sobre as metodologias utilizadas nas ações de saúde realizadas, durante a supervisão dos estudantes.

Teve de tudo, existiam salas de espera, caminhadas, atividades de grupo, oficinas, a gente fez oficina de garrafa pet, ensinou a reciclar material, gente fez palestras, levou as pessoas ao teatro, fez passeio, fomos pro Observatório Antares, é... fomos para aquele parque, a gente trouxe o Teatro do Cuca aqui para praça, então a gente não se limitava a só a essa questão da palestra. (Ent. 6).

A fala da entrevistada 6 faz supor uma visão ampliada da saúde, abarcando “tudo” que permita a abordagem de temas de saúde, desde aspectos culturais e de lazer que consistem em atividades extramuros, como também as ações de promoção a saúde no interior da própria unidade por meio de grupos educativos e rodas de conversa.

Com o desenvolvimento das atividades no PET, houve o reconhecimento da importância das relações sociais firmadas no território em que se vive, a vivência de práticas tradicionais e culturais da comunidade e a reflexão sobre a complexidade com que se dá o processo saúde-doença, de acordo com as necessidades de indivíduo, família e comunidade.

Nesse sentido, o lazer favorece consideravelmente, o nível de saúde integral e, sobretudo mental das pessoas, canalizando as energias perdidas para os aspectos saudáveis, aliviando assim, a fadiga exaustiva e o estresse provocados pelas condições desfavoráveis da contextualidade das pessoas em geral (DUMAZEDIER, 1979; BUENO, 1981).

Levando isso em consideração, a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento,



a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece (GAMBA; TADINI, 2010).

Para Mendes (2011), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a elas. As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

No Brasil, em 1986, foi desenvolvida a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidos temas fundamentais: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SUS) e financiamento setorial. Nesta conferência adotou-se o seguinte conceito de saúde, por entender que

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida". (BRASIL, 1986, p. 5).

Dessa forma, de acordo com Gualda e Bergamasco (2004) o processo saúde-doença está diretamente atrelado a forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades.

A ênfase em atividades com foco na prevenção foi uma das preocupações apontada pelos preceptores

[...] enfim tudo que se trata de uma saúde preventiva, era feito no PET, era uma espécie assim de um trabalho, que além de ser definida a questão pelo tutor e o preceptor executava com os alunos, eles também observavam as necessidades da comunidade e em função disso nos trazia essas observações para que nas próximas reuniões. (Ent. 8).

[...] fora as salas de espera e outras atividades educativas, a gente sempre procurava estimular atividades em grupo, a gente não dava ênfase as atividades voltadas ao atendimento não, a gente sempre procurava estar fazendo as atividades preventivas. (Ent. 10).

[...] não tem como trabalhar a saúde física, biológica, sem considerar que tem uma relação com a questão mental, emocional, então você não adoece só o corpo, às vezes o povo fala muito em saúde mental, mas está focando a doença, a patologia e está falando na verdade de doença mental e eu estou falando de saúde mental, então falam fulano vem pegar aqui um remédio controlado, eu não estou falando de um CID, eu estou falando de saúde mental. (Ent. 13).

Evidencia-se nas falas uma visão ampliada de saúde, valorizando as atividades conjuntas e pautadas na prevenção. Esse olhar nos faz enxergar o deslocamento de um pensar individual e curativo para uma dinâmica coletiva com ênfase na promoção da saúde.

A Ent. 13 ressalta ainda a inseparabilidade do aspecto físico do ser humano do psicológico que deve ser considerado ao trabalhar com saúde. Isso possibilita uma visão integral do sujeito, de modo que se distancia do modelo fragmentado e biologicista vigente.

Dentre as dificuldades do processo de trabalho apontadas, encontram-se: escassez de recursos materiais, estrutura das unidades de saúde da família inadequadas, dificuldades de comunicação entre a equipe e os estudantes, pois possuem horários incompatíveis; indisponibilidade de recursos audiovisuais e dificuldade de acesso às comunidades rurais, o que acaba por restringir às atividades ao interior da unidade de saúde, por vezes.

Apesar de escassos, o programa recebia recursos do Ministério da Saúde que eram compartilhados entre as unidades de saúde da família.

[...] o primeiro PET a secretaria recebeu três datashows e aí eu sempre era chato lá, eu sempre ia pegar porque como a turma era muito boa, quanto mais recurso a gente tem tecnológico, quer seja tecnológico quer seja material a gente tem que usar isso porque para comunidade né, é uma forma de atrativo, então era muito chato qualquer coisinha que os meninos e as meninas queriam fazer, exigia um recurso audiovisual assim cineminha, com temas voltados específicos para saúde, então eu sempre buscava esse recurso tecnológico, dar esse suporte pro grupo a medida do possível e assim nossa é difícil falar de cabeça agora mas a gente buscou diversas tecnologias para desenvolver nossos trabalhos. (Ent. 9).

O uso da tecnologia como ferramenta pedagógica é avaliada como mais uma forma de diversificar as abordagens dos temas em saúde, além de poder colaborar com uma maior adesão da comunidade às ações ofertadas.

Tal forma de agir tem relação com uma das tarefas intelectuais mais instigantes que é a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculadas a ideia de saúde. Saúde como um modo de andar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida. Saúde como alegria, gozo estético, prazer, energia, solidariedade, qualidade de vida, felicidade, enfim (LUZ, 1990).

Outra prática citada pelos preceptores foi o processo de avaliação adotado durante a vigência do PET-SAÚDE, o qual envolvia todos os atores sociais.

Tinha a avaliação da gente diariamente pela coordenação local do Programa a gente fez também a autoavaliação. No final a gente fez com uma devolutiva mesmo do resultado final e tinha as oficinas em que eram passadas informações e os tutores também faziam a mesma coisa conosco, era uma avaliação sempre qualitativa de forma coletiva ou individual também. (Ent. 13).

A avaliação era processual no sentido da cobrança, isso me cabia, cobrar as datas para que tudo acontecesse o mais próximo do cronograma possível, mas a avaliação também era feita. Assim o que podemos fazer de melhor, a gente não trabalhava com avaliação de nota nada disso, a avaliação posso dizer era qualitativa, não foi quantitativa, foi subjetiva mesmo. (Ent. 9).

Segundo os preceptores entrevistados a avaliação era, sobretudo de cunho qualitativo e realizada de modo processual. Conforme os relatórios, uma das competências do preceptor era acompanhar o preenchimento da ficha mensal de frequência dos monitores e enviar ao tutor para validação, auxiliar na condução das atividades e desenvolver discussões acerca das práticas no Programa. Além disso, vale ressaltar a avaliação dos estudantes juntamente com os tutores, o que possibilitava diferentes olhares sobre o trabalho desenvolvido e sugestões para melhoria no desenvolvimento das atividades, com esclarecimento de dúvidas e criação de novas estratégias.

De acordo com Meira e Kurcgant (2016) é importante a adoção de diversidade de modelos de avaliação, pautados em estratégias que envolvam interação e a iniciativa dos estudantes. Pode-se considerar que a avaliação formativa como estratégia de ensino privilegia o protagonismo dos atores envolvidos.

Perrenoud (1999) considera que a avaliação formativa favorece a regulação da aprendizagem pelo estudante, a qual é vista sob a perspectiva de um processo deliberado e intencional, tendo como objetivo, controlar os próprios processos de aprendizagem, a fim de consolidar, desenvolver ou redirecionar essa aprendizagem. Os processos cognitivos e metacognitivos dos estudantes desempenham um papel fundamental na regulação e autorregulação de suas aprendizagens. Os estudantes constituem parte ativa do processo de ensino-aprendizagem, por intermédio da mobilização consciente de um conjunto de recursos cognitivos, metacognitivos e afetivos.

Nessa forma de avaliação há uma preocupação em contextualizar os processos de ensino, de aprendizagem e da própria avaliação. A negociação com os estudantes cria condições para o desenvolvimento de processos de autoavaliação e de autorregulação das aprendizagens. De modo que para o bom desenvolvimento da avaliação formativa é necessário haver uma seleção criteriosa de atividades, as quais promovam a interação, a relação e a mobilização de diversos tipos de saberes.

Nas falas dos entrevistados prevaleceu a avaliação tradicional que parte do preceptor para com o petiano, no entanto Freire (2006) argumenta que não se pode ser professor sem se pôr diante dos estudantes, sem revelar com facilidade ou relutância na sua maneira de ser, de pensar politicamente. Não se pode escapar à apreciação dos estudantes e da maneira como eles percebem o professor, o qual tem importância capital para o seu desempenho.

A avaliação formativa supõe incluir, integrar e acolher e não julgar, afastar e selecionar. Como argumenta Luckesi (2011), avaliar um estudante com dificuldades é criar a base para melhor incluí-lo no processo de ensino aprendizagem; o diagnóstico permite a decisão de direcionar ou redirecionar aquilo ou aquele que está precisando de ajuda.

No que diz respeito à avaliação do Programa, os preceptores apresentam falas divergentes.

Existiam várias avaliações dos tutores, preceptores estudantes e também no final teve a avaliação do Programa, mas nesse último não teve a devolutiva. (Ent. 5).

Não me lembro de ter tido uma avaliação do Programa, se teve eu não me recordo. (Ent. 6).

A avaliação do estudante era diária né uma avaliação geral, era contínua, mas não houve avaliação do Programa. (Ent. 4).

Divergindo do entrevistado 5, o entrevistado 4 afirma que a avaliação do Programa sofre descontinuidade. Além disso, o entrevistado 6 não tem lembrança se foi realmente realizada uma avaliação. Dessa maneira, infere-se que tal descontinuidade pode ser resultante do Programa ser constituído de ciclos e da não participação do preceptor entrevistado no processo avaliativo em razão do período em que este foi inserido no Programa, podendo haver momentos em que o participante não foi contemplado.

Segundo Furtado (2012) atualmente, a avaliação de programas e serviços insere-se, assim como o planejamento em saúde, na temática da gestão em saúde coletiva. A

avaliação acontece quando os pressupostos e as ações de um determinado programa ou serviço são confrontados com a prática, gerando informações que trazem esclarecimentos e subsidiam decisões.

A prática de atividades educativas e as inovações e modificações de cenários de aprendizagem também foram abordadas pelos entrevistados.

Nós elaboramos um espaço, pois o caminhão de lixo não descia em alguns lugares não tinha acesso, então a gente foi lá e construiu junto com a comunidade um espaço para o pessoal colocar o lixo, hoje é um espaço de coleta seletiva e também fizemos oficinas de geração de renda. (Ent. 9).

[Nós] promovíamos ações diferenciadas com recursos mais inovadores, atividades mais lúdicas, a gente conseguia agregar conhecimento aos grupos que já existiam, criar novos grupos, enfim o objetivo era compartilhar daquela realidade e tentar transformar positivamente aquela realidade. (Ent. 13).

[...] fazíamos caminhada de dengue, palestra, íamos fazer atividade na escola, atividade na comunidade, sala de espera, um grupo que eu possa colocar, então a gente abordava todas as possibilidades, então era muitas atividades assim, tivemos paródia para o Ministério da Saúde do grupo lá da caminhada, fizemos folders. (Ent. 14).

Na fala do entrevistado 9 é possível visualizar que o Programa despertou no preceptor e estudante o compromisso ético-político nos processos de transformação dos cenários de prática. Consequentemente incitou uma reflexão sobre seu papel enquanto construtor e modificador de ações de saúde imbricada em práticas sociais.

Os entrevistados 13 e 14 abordam a dinamicidade do trabalho desenvolvido, de modo a inserir novas atividades, fortalecer os grupos já existentes e incrementar novas estratégias de adesão e fortalecimento das ações de saúde com o objetivo de modificar o cenário de práticas.

Para Trajman (2009), a preceptoria exige o acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas, considera-se que há um trabalho de mediação entre teoria e prática a partir da inserção dos estudantes no serviço e que a maneira de educar na saúde pode e deve ser estimulada numa perspectiva transformadora. Ressalta ainda, que a preceptoria nas unidades básicas pode atender a alguns anseios dos profissionais, desde que o acordo entre as instituições leve em conta estas expectativas.

A reflexão sobre a prática condiciona os profissionais a desenvolverem um trabalho pautado no compromisso social, além disso os preceptores são motivados a

desenvolver um trabalho mais efetivo e criativo na comunidade, de forma a transformar a dinâmica anterior a inserção do Programa na USF.

Durante as entrevistas, os preceptores também afirmaram que existem muitas ações desenvolvidas considerada extramuros como em escolas, igrejas, dentre outros espaços, o que evidencia a necessidade de parceiros na comunidade.

[...] as atividades geralmente aconteciam na igreja aqui próximo, na mesma rua, aqui em frente então o pastor já tinha uma relação muito boa com a gente ele sempre disponibilizava o espaço porque tem uma estrutura maior, tem cadeira, tem água, tem banheiro, ele sempre, quase em frente a unidade, é na mesma rua. (Ent. 7).

A entrevistada 7 explicita os temas da parceria e vínculo, como questões que precisam do apoio de todos os envolvidos, com suas características particulares, no sentido de que tenham interesse em receber algo e tenham algo a oferecer. Isso permite uma relação igualitária viabilizando um processo de troca satisfatório. É preciso haver um objeto mobilizador claro para ambos e que os produtos esperados sejam percebidos, caso isso não ocorra, a parceria não permanece (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Um dos participantes acredita que a promoção do diálogo entre os estudantes dos cursos de graduação em saúde, precisa acontecer ainda na universidade, com o intuito de estreitar os laços e estabelecer a troca de conhecimentos sobre as profissões. Dessa forma, apresenta a seguinte sugestão:

[...] eu gostaria de sugerir a gente já havia até discutido com a coordenação, com a preceptoria, uma disciplina na universidade, com essa característica, uma disciplina de saúde coletiva que fosse aberta para todos os cursos de saúde que não fosse por curso, porque você tem saúde coletiva, na medicina, na enfermagem, mas que fosse uma disciplina que abrangesse todos os cursos que fosse interdisciplinar que seria de certa forma o PET dentro da universidade, imagine... seria quebrar paradigmas dentro da universidade. (Ent. 9).

O entrevistado 9 defende a ideia de que os currículos dos cursos da área de saúde tenham a interdisciplinaridade como um dos eixos norteadores das práticas multiprofissionais. Nesse sentido, deve-se ofertar espaços dentro e/ou fora da universidade, que possibilitem a interação entre as profissões da saúde. Ressalta-se também a necessidade de flexibilidade e compatibilidade curricular, maior articulação teórico prática e integração entre os estudantes da área de saúde desde a graduação. Estas são iniciativas com potenciais de transformação das práticas em saúde em futura atuação profissional.

Nesse sentido, é importante que se definam espaços, nas matrizes curriculares, para encontros entre os cursos, visando à troca de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a uma nova construção do trabalho em saúde (SANTOS; CUTOLO, 2003).

O entrevistado 9 mostra em sua fala a necessidade de mudança na configuração atual dos currículos dos cursos de graduação, que ainda se apresentam de forma isolada. Nessa perspectiva, evidencia-se que há uma desarticulação entre os cursos especificamente no campo da saúde dentro da IES e conseqüentemente uma fragmentação do cuidado ofertado. Isso dificultará o desenvolvimento de trabalho em equipe futuramente, devido a falta de diálogo na formação inicial fazendo com que, ao término da formação e ao adentrar no mercado de trabalho, os profissionais tenham dificuldades em dialogar e desenvolver um trabalho conjunto.

#### 4.2 PRECEPTOR, UM PROTAGONISTA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

O preceptor tem um papel de facilitador no processo de ensino aprendizagem, essa nova atribuição possibilita ao profissional um espaço de reflexão sobre seu próprio trabalho, a interação com estudantes e acompanhamento de suas atividades, desperta para outras realidades profissionais e aproxima esse ator das atividades inerentes ao ensino e à prática de pesquisa, sobretudo pela estreita relação com a universidade. Além disso, o preceptor passa a ser uma referência para os estudantes que se encontram em momentos diferentes da graduação.

Reforça-se o protagonismo que o preceptor por ser um dos ativadores da constante construção do conhecimento, mediando-o por meio de uma relação dialógica com o estudante e requerendo, para tanto, aporte teórico-metodológico adequado. O estudante desenvolve suas competências, habilidades e conhecimentos, mediado por um preceptor, que é considerado um agente fundamental nesse processo (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Neste momento analisamos as facilidades e dificuldades encontradas pelos preceptores participantes da pesquisa no desenvolvimento das atividades do Programa e no exercício da preceptoria. Além disso, potencialidades foram evidenciadas nesta trajetória como preceptores, bem como a exposição dos desafios que permeiam o cotidiano de trabalho durante as atividades do PET-SAÚDE na ESF.

Destacamos as visões dos participantes sobre o processo de inserção no Programa e sua influência na formação profissional. Podemos ver nas falas seguintes a necessidade do estudo, atualizações e a importância da reaproximação da universidade.

[...] depois que eu entrei no PET, eu tive assim um fôlego novo para voltar a estudar, voltar a pesquisar, aí eu peguei fiz uma especialização em saúde pública depois fui aprovada no mestrado, eu atribuo essas minhas conquistas ao PET. (Ent. 3).

[...] nossa, o PET me abriu portas, me mostrou assim uma outra realidade, e também aflorou um pouquinho essa questão da necessidade, tanto de estudar como de pesquisar eu não tinha muito esse enfoque na pesquisa, certo? Eu sempre fui muito mais para a prática. (Ent. 6).

O processo de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde é essencial para melhorar a atenção à saúde, orientar a produção de conhecimentos e a formação de pessoal e tomando como base o perfil epidemiológico num determinado contexto populacional que permita a continuidade do processo educacional, que nasça do trabalho e seja capaz de transformá-lo (VIDAL; QUINONES, 1986).

Como é constatado na fala do entrevistado 6, há um distanciamento entre a assistência com a pesquisa e o ensino, tendo uma valorização da prática assistencial que se sobrepõe sobre os demais aspectos da formação em saúde. Com isso, o profissional do serviço muitas vezes restringe seu trabalho apenas à assistência e o PET-SAÚDE desperta para outras possibilidades como o Ent. 3 relata a necessidade de buscar novos conhecimentos para complementar a formação e o ingresso em programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*.

Apesar do cenário ser fértil e exigir o desenvolvimento de pesquisas, os profissionais afirmam não estar preparados para desenvolver esta atividade proposta pelo PET-SAÚDE.

Os preceptores compreendem a participação no PET-SAÚDE como uma estratégia de formação que oferta oportunidades de crescimento e troca de saberes com os estudantes. Outro aspecto ressaltado é o estreitamento dos laços com a universidade que são fortalecidos.

[...] a partir do PET eu comecei a frequentar a UEFS, participei da seleção do mestrado, cursei o mestrado e agora prosseguindo com o doutorado e tudo começou para mim, esse retorno meu, começar a voltar para UEFS foi através do PET. (Ent. 10).



[...] enquanto preceptor buscava obviamente me aperfeiçoar, estudar, aquilo que era demanda que vinha dos meus colegas, necessidade de estudar um pouquinho sobre as profissões deles, aprendia um pouco com eles também e me envolvia com os trabalhos não só da orientação teórica, mas no estudo também na prática. (Ent. 9).

O preceptor evoca que é inerente ao seu desempenho nas atividades a articulação teórico-prática. Outrossim mencionam acerca do aprendizado sobre o fazer e saberes das outras profissões, o lidar com indivíduos diferentes e o crescimento que há no compartilhamento de saberes, além do envolvimento com o grupo tutorial. Algumas fragilidades apontadas pelos preceptores consistem na falta de formação para a docência e para desenvolvimento de pesquisa ou na fragilidade desta.

Com o intuito de refletir sobre a concepção de preceptor, trazemos as palavras evocadas ao aplicar o TALP. Ao utilizar o estímulo preceptor como palavra alvo, as palavras registradas foram: **aprendizagem, orientação, mediação, acompanhamento, supervisão, responsabilidade**. Entre as quais, aquela que mais se repetiu foi a palavra aprendizagem o que evidencia que experienciam a preceptoria como um processo de conhecimento e experimentam novas formas de aprender.

Preceptor, segundo Armitage e Burnard (1991), tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática. Os recém-formados chegam ao ambiente de trabalho com certa bagagem de conhecimentos e habilidades, mas deles são exigidas algumas competências consideradas mínimas, nem sempre adquiridas no processo de formação. O preceptor tem, então, o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias.

Durante a aplicação do TALP, aparece também a palavra preceptor enquanto supervisor, a qual sugere um grau de hierarquia e verticalização na relação estudante profissional de saúde e confere ao preceptor o papel de avaliador das ações.

De acordo com Araújo (2006), findado o período de graduação, a educação do profissional não pode ser cessada, mas deve se manter em um processo contínuo no percurso da atuação profissional.

A participação no PET possui um significado relevante na formação do preceptor e inclusive desperta para uma nova atuação ainda não vivenciada pelo indivíduo. Nesse sentido, destaca-se o ato de ensinar, que foi fomentado a partir do contato com os estudantes.

[...] graças ao PET hoje em dia eu sou professora, então porque assim o PET me trouxe essa questão da relação com o aluno que eu não tinha tido até então e aí hoje em dia eu adoro ensinar, eu ensino, sou professora do estado, curso técnico e adoro, então eu acho que um dos grandes contribuidores foi o PET. (Ent. 6).

O que me motivou do programa, eu gosto muito de ensino né, estou na área, e a questão também da bolsa, me incentivou, não vou negar (Ent. 7).

Eu já fui professora substituta da UEFS, já fui professora de faculdades privadas, aí na época eu saí para fazer o mestrado que eu concluí, eu gosto muito, eu gosto da docência, não é só gostar eu realmente acredito que o caminho é esse, entendeu? (Ent. 13).

A entrevistada 6, expressou a importância de trabalhar com grupos de estudantes e o processo de ensino-aprendizagem nas atividades do programa. Percebe-se que a preceptoria possibilitou a aproximação do ensino àqueles que não exerciam estas atividades e passaram a exercê-la após esta experiência assim como despertou o interesse naquele que já exercia a docência de modo que colaborou no aprimoramento das habilidades existentes e facilitou o desempenho na qualidade de preceptor.

Apesar de não ser apontada como fator principal, a questão financeira foi posta como um aspecto de motivação para inserção no programa aliada as afinidades as atividades do ensino pela entrevistada 7.

Para Tardif (2012), os saberes experienciais são peças chave na relação preceptor educando e no processo de ensino-aprendizagem, pois a própria experiência pode ser vista como aprendizagem espontânea. Além da experiência da vida profissional, o preceptor traz também sua história, tão marcante quanto às situações de trabalho, assim como seus saberes disciplinares, curriculares e pessoais.

A docência em saúde demanda um novo perfil de competências, o que torna imprescindível a reflexão sobre a formação pedagógica dos sujeitos imbricados no processo ensino-aprendizagem, dentre eles, professores e preceptores, sobretudo como um sujeito aprendiz (MACHADO; MACHADO; VIEIRA, 2011).

De acordo com Missaka (2011), a preceptoria é uma atividade de ensino necessária, que favorece um processo de construção de conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional. Nessa perspectiva, destaca-se pelo compromisso com a aprendizagem do estudante, o conhecimento do papel do preceptor como formador e a capacidade de incentivar o estudante a ser responsável por sua aprendizagem.

Botti e Rego (2011) observam que o papel do preceptor converge com os conceitos de tutor, mentor e supervisor de acordo com a percepção de seus entrevistados,

preceptores de residência médica. No entanto, o preceptor tem função primordial de educador, pois ele que deve identificar os momentos em que a aprendizagem pode ser estimulada, criando possibilidades ao estudante de crescer através da clínica, tem como desafio oferecer uma educação ética e técnica ao estudante através da prática profissional.

Desse modo, destaca-se a possibilidade do encontro entre ensino e trabalho deve se olhar pelo que pode surgir a partir dele. As experiências com o ensino, revelam indícios de transformação, principalmente nas práticas cotidianas, o que reverbera em um outro “ser profissional de saúde”, em que saberes são articulados com o sistema de saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATOS, 2005).

Os preceptores afirmam que o apoio do tutor e a oferta de educação permanente colaborou no cumprimento de atividades e no desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à sua atuação na preceptoria.

[...] teve capacitações para a gente na universidade, juntava os preceptores, tinha oficinas, o que ajudou no desempenho de preceptoria, a gente socializava e quando tinha reuniões na secretaria que a gente se encontrava e acabava também se comunicando então na realidade era socializado a maioria das informações, tanto que quando a gente via o que o preceptor fazia a gente criava um senso crítico [...]. (Ent. 4).

O apoio da nossa tutora também, uma pessoa sempre presente, extremamente comprometida, e que estava ali para dar a mão mesmo em tudo que a gente precisasse, a própria UEFS nos ajudava com materiais, ônibus para fazer passeios com a comunidade, dava capacitações, então assim a instituição também era colaborativa. (Ent. 13).

Os entrevistados reconhecem o espaço de educação permanente criado em parceria com a universidade e o apoio dos docentes da instituição como incentivadores de relevante colaboração para que de fato as ações acontecessem no território da ESF, demonstrando a disponibilidade e o compromisso do grupo tutorial que coordenava o PET.

No entanto, os preceptores sinalizam da mesma forma as dificuldades e desafios enfrentados durante o PET, considerados de singular contribuição para o estudo.

Os depoimentos dos entrevistados apontam que uma das dificuldades se refere à resistência dos agentes comunitários de saúde (ACS) em participar das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos. Relacionam esse fato a questões financeiras, pois os ACS não recebem a bolsa referente ao Programa e argumentavam que as atividades não lhes competiam.

Também com relação aos ACS que eles ficavam responsáveis por fazer esse convite, dar esse link da comunidade com o PET e às vezes eles deixavam a desejar. (Ent. 13).

Os agentes não recebem nenhum benefício em relação a isso, então no início houve uma recusa, porque não recebia bolsa, mas depois conversando, eles concordavam em participar. Eles são o principal porque a gente só desenvolve alguma atividade com a presença do ACS, se tiver algum empecilho, dos estudantes com os ACS nada feito. A primeira coisa que tem que conquistar aqui são os ACS, conquistando os ACS, conseguem conquistar a comunidade, eles são o elo. (Ent. 11).

A resistência dos ACS é apontada como uma dificuldade, pois a sua atividade laboral é essencial para o êxito e adesão as atividades educativas promovidas pela equipe. De acordo com Freire (2000), o conflito é natural e inevitável à existência humana, não se deve negá-lo e sim enfrentá-lo de forma positiva. Desta forma, propõe-se que o conflito não seja ignorado, nem ocultado, mas encarado como uma oportunidade para se ensinar valores como justiça, cooperação, solidariedade, autonomia pessoal e coletiva, respeito, e, ao mesmo tempo, questionar valores contrários, como a discriminação, a intolerância, racismo, indiferença, conformismo, a ausência de solidariedade e respeito.

O entrevistado 10 complementa acerca da discreta participação dos ACS em nas atividades do Programa

A gente até desenvolveu muita coisa, mas foi com a ajuda no máximo de uma agente comunitária que era a que ajudava a gente e mesmo assim a gente ia com a cara e com a coragem nas outras áreas e fazia um trabalho mais nas áreas que os agentes não colaboravam também, mas a gente não teve praticamente colaboração nenhuma deles. (Ent. 10).

Percebe-se que as estratégias de enfrentamento da resistência dos ACS advêm, em geral, do esforço dos envolvidos nas ações. Dessa forma, os profissionais buscam meios para superar as limitações e realizar o convite e a divulgação das atividades de maneira efetiva, mesmo não contando em algumas equipes com a cooperação dos ACS.

Em contraponto o entrevistado 7 salienta a participação ativa dos ACS dentro da realidade do PSF onde atua.

[...] as atividades envolviam os agentes comunitários, eles se envolviam bastante, inclusive os alunos do PET faziam capacitações para os agentes comunitários, fizemos a comemoração do dia do agente comunitário, porque assim na verdade a gente precisa muito do agente comunitário porque ele é o nosso elo junto à comunidade, então todas as atividades do PET estava todo mundo envolvido técnico de enfermagem, médico, dentista, enfermeiros, todo mundo estava envolvido nas atividades do PET. (Ent. 7).

Percebe-se que, diferente das experiências trazidas anteriormente há um envolvimento dos ACS com os participantes do Programa e inclusive a oferta de educação permanente para esse público. Outrossim ressalta-se também a necessidade de todos os membros da equipe independente de categoria ou nível educacional fazerem parte desses momentos de compartilhamento de saberes.

Ainda se evidencia no depoimento de um dos preceptores as dificuldades relativas à sobrecarga de trabalho e distanciamentos de suas atividades enquanto profissional da unidade de saúde da família e as atividades do PET-SAÚDE.

As dificuldades são aquelas já corriqueiras, porque todos nós temos outras atividades e os próprios alunos, às vezes isso dificultava um pouco a participação, como preceptor tinha mais dificuldades ainda, porque tenho meu dia a dia super corrido. A gente quer dar mais de nós, mas as demandas é que prejudicam isso. (Ent. 8).

[...] o PET traz um novo olhar, um novo brilho, que às vezes no dia a dia do trabalho a gente fica cansada, desgastada, a profissão da gente não é fácil, mas quando chega um aluno, eles trazem uma boa vontade, um espírito tão mais iluminado, tão mais cheio de boa vontade que isso contamina a gente isso é muito positivo. (Ent. 7).

Na fala acima são abordadas as diversas demandas do processo de trabalho dos profissionais de saúde e das atividades acadêmicas dos estudantes, o que repercute na sobrecarga de tarefas e dificuldade na administração do tempo do grupo tutorial. O acúmulo de atividades extra PET-SAÚDE do preceptor e do estudante é apontado como um elemento dificultador da participação ativa de todos no percurso do Programa.

Dentre as atividades acadêmicas, podem-se destacar os trabalhos de conclusão de curso, os estágios curriculares, as avaliações teóricas e práticas das disciplinas obrigatórias, as disciplinas optativas e a participação em eventos. Por sua vez, os preceptores se queixam que existe um sobrecarga de atividades clínicas na atenção básica, o que preenche uma boa parte da sua carga horária de trabalho.

Outra questão recorrente nas falas dos entrevistados é em relação a incompatibilidade de horários dos estudantes dos diversos cursos, o que dificulta a realização de ações multidisciplinares

[...] a dificuldade foi justamente eu conseguir unir em alguns momentos esses estudantes nas ações por serem de cursos diferentes, grades diferentes, horários diferentes, tinha ações que eu gostaria, de ter mais estudantes envolvidos e não podia por uma questão de incompatibilidade de horário. (Ent. 7).

As dificuldades às vezes era o horário do grupo porque alguns podiam participar outros não podiam, principalmente no final os horários não coincidiam. (Ent. 14).

No que se refere aos horários disponíveis pelos estudantes, os entrevistados 7 e o 14 apresentam pensamentos convergentes, de modo que se evidencia que o propósito maior do PET, a troca de saberes envolvendo os diversos cursos era dificultada pelos próprios quadros de horários das atividades acadêmicas de cada curso, impossibilitando a participação de estudantes de cursos diferentes em um mesmo horários, ou acontecendo em raros momentos.

Tal realidade não parece ser exclusiva do cenário investigado nesse estudo. Experiência semelhante aconteceu no PET-SAÚDE do Rio Grande do Sul, no qual, entre as principais dificuldades, apontaram-se a diversidade de horários dos estudantes e inexistência de disciplinas comuns, dificultando a efetivação do trabalho interprofissional (PIZZINATO et al., 2012).

O diálogo com os estudantes é visto como um elemento positivo, no entanto devido à diferença de horários entre os cursos há uma dificuldade em fazer com que aconteça, de fato a interdisciplinaridade. Observa-se que os cursos possuem quadros de horários que não são compatíveis entre si, o que dificulta encontros para planejamento, organização e desenvolvimento das ações de forma coletiva.

Um desafio constante nas falas dos preceptores é relacionado à prática de realização de pesquisa.

[...] dificuldade que eu tive foi para fazer artigos, porque eu tinha muito tempo fora da universidade, aqueles negócios, porque eu já tinha muito tempo fora de projeto de pesquisa, mas depois a gente vai se adequando. (Ent. 4)

[...] o PET me trouxe isso de estar estudando, de estar dentro da universidade, de estar pesquisando, de publicar artigos, eu nunca tinha publicado um artigo, porque tinha dificuldade e com o PET eu publiquei dois, então assim ele trouxe maravilhas na minha vida que eu carreguei até hoje graças ao PET. (Ent. 6).

A experiência da preceptoria do PET-SAÚDE tem estimulado a elaboração de projetos de pesquisa no intuito de gerir mudanças nas práticas, possibilitando troca de saberes em momentos de aprendizagem coletiva. O pensamento dos entrevistados 4 e 6 convergem no intuito de revelar que a realização de pesquisa foi um dos grandes desafios, devido a terem se distanciado da universidade. Como podemos ver, entrevistado 6 ainda complementa o depoimento que o exercício da preceptoria no Programa ajudou a superar dificuldades e desafios, mas tem sua satisfação, enriquecimento e crescimento profissional, pois exige do profissional esforço levando à superação.

A entrevistada 16 declara sua dificuldade em exercer a preceptoria de estudantes de cursos diferentes de sua formação de origem. Percebe-se essa limitação pode estar relacionada com o próprio processo de formação, pelo fato desses profissionais não terem vivido experiências interprofissionais, priorizando as práticas individuais e com foco nos aspectos curativos.

[...] tive dificuldade em relação aos cursos, eu tinha muita facilidade em ser preceptora do estudante de enfermagem, mas ser preceptora de um estudante de outra área, medicina, odontologia, ser preceptora desses estudantes realmente necessitou de uma capacitação mais aprofundada para mim. (Ent. 16).

A heterogeneidade, a que se refere a entrevistada 16 remete ao pensamento de Morin e Moigne (2000), para quem essa é compreendida, sobretudo como dificuldade de pensar o universo múltiplo, visto que na unidade também há as multiplicidades. Nesse sentido, é preciso visualizar a noção de heterogeneidade sob a condição de também analisar a unidade e a identidade nas diferenças.

Por outro lado, a atuação na preceptoria no PET-SAÚDE permite a convivência com profissionais e estudantes de diversos cursos e oferece a oportunidade para o compartilhamento de saberes, dúvidas e ações. Ao se deparar com essa situação o preceptor percebe a necessidade de conhecer mais a respeito das outras profissões. No entanto, é importante considerar que no trabalho na estratégia de saúde da família, os profissionais já atuam conjuntamente com outras categorias, seja na equipe mínima ou no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) imerso em um mesmo território. Dessa forma, questiona-se como está sendo desenvolvido o trabalho em equipe? Trata-se de trabalho coletivo efetivamente ou é apenas a fragmentação do cuidado ofertado a esses usuários nos serviços de saúde?

Por agregarem profissionais de saúde, professores e estudantes de diferentes cursos, gestores, usuários e famílias, os espaços da ESF são lugares em que circulam uma

diversidade de saberes que se complementam e se articulam, buscando resolutividade das práticas, que, por vezes, são também instrumentos de poder, de conflitos e de disputas. (FINKLER, 2009)

Enfatiza-se que a interdisciplinaridade não se trata de eliminar as disciplinas, mas de torná-las comunicativas entre si e necessárias à atualização das práticas do processo de ensino-aprendizagem. O parcelamento e a compartimentação dos saberes impedem apreender o que está tecido junto (MORIN, 2000).

Nessa perspectiva, torna-se necessário a construção de projetos pedagógicos que caminhem no sentido de responder as necessidades de saúde e de educação atuais, e que visem instrumentalizar o profissional para o atendimento das necessidades dos indivíduos e famílias (RIBEIRO, 2012).

O planejamento das ações esteve presente nas falas de todos os entrevistados e reconhecemos que esta é uma ferramenta essencial no trabalho em saúde. No entanto, deve-se ressaltar a constante incerteza e imprevisibilidade que cercam o cotidiano. Diante disso, o entrevistado 12, cita imprevistos ocorridos no período em que atua na preceptoría de uma unidade de saúde da família.

[...] então a gente teve dificuldade a unidade que a gente tinha, teve a questão da insegurança, ela teve vários furtos, a gente pegou greve da polícia militar, a gente teve também uma rotatividade de profissionais, nesse período que a gente estava lá, a gente teve que criar parceiros aliados à nossa proposta e repensar. (Ent. 12).

Podemos observar na fala do Ent. 12, que o planejamento realizado é alterado pela própria dinâmica da realidade do cotidiano do território como elementos que configuram um dos maiores problemas globais da saúde pública, a violência. Nesse sentido, é possível perceber que os preceptores também se encontram vulneráveis em seu ambiente de trabalho e no território em que atuam. Outro aspecto abordado são as greves de polícia militar ou de transporte público ocorridas no período de realização de atividades do programa, o que compromete as atividades planejadas e as ações na comunidade.

A inconstância dos profissionais também foi abordada nessa realidade, o que dificulta a criação de vínculos e exige a persistência de apresentar propostas para superar esta rotatividade. Reafirma-se assim a necessidade de estabelecimento de parceria para que, de fato as ações possam ter andamento, mesmo com as dificuldades postas. Esses fatores tornam imperativo a flexibilização do planejamento das ações de saúde, levando em consideração o contexto e os atores sociais envolvidos.



Quanto à falta e/ou insuficiência de recursos materiais as realidades se apresentam distintas entre as unidades de saúde da família das áreas urbanas e rurais.

[...] então a gente tinha grande dificuldade de carro para deslocamento, e para o deslocamento dos estudantes também da UEFS para cá, às vezes era complicado também então nossa grande dificuldade era essa, mas mesmo assim a gente sabia se safar bem. O deslocamento tanto da equipe quanto da população. (Ent. 6).

A dificuldade era material, muitas vezes para nossas atividades, material que a gente precisava da Secretaria de Saúde, nem sempre a gente conseguia para fazer as feiras de saúde que a gente programava, o problema era mais essa questão de material. (Ent. 16).

Essa realidade dos serviços de saúde constitui um desafio importante para todos que estão envolvidos com o desenvolvimento do PET, mas não se restringe a esse grupo em particular.

O aspecto da comunicação foi descrito como um fator crucial no contato com a comunidade, sobretudo na zona rural e o gesto acolhedor foi uma característica marcante dessas localidades

A gente tem hora até que fala errado que a gente esquece, porque se a gente falar palavras muito bonitas, eles vão embora, se eu falar contigo tu não podes comer isso, o que tu tens que comer, no caso ameixa coisas assim eles nem sabem o que é, tem que falar a linguagem deles, então isso é muito bom é diferente do pessoal da zona urbana, não é que eles sabem mais todos sabem, os daqui também sabem, eles procuram os direitos deles. (Ent. 2).

A comunidade é bastante receptiva, apesar de todas as dificuldades né, que a gente trabalha numa comunidade rural, carente né, mas é assim uma comunidade extremamente receptiva e acolhedora e a gente tem uma equipe muito empenhada e os agentes comunitários gostam muito de fazer atividades em campo, eles são muito ativos. (Ent. 7).

Apesar das dificuldades impostas pelo próprio cenário da zona rural, os entrevistados demonstram satisfação ao trabalhar com estas comunidades, principalmente por se sentirem acolhidos. Embora a população seja bastante carente, também reconhece o trabalho da atenção básica e adere de forma positiva as ações realizadas pela equipe. Esse cenário diferenciado, implica esforços tanto da comunidade quanto dos trabalhadores, no entanto não inviabiliza as práticas em saúde nessas localidades. Desse modo, visualiza-se que mesmo o ambiente não sendo, muitas vezes favoráveis ao êxito das atividades, era realizado um trabalho dentro das possibilidades que existiam.

O controle social foi um dos temas levantados principalmente nas comunidades rurais, também se atribui as dificuldades que esses usuários enfrentam cotidianamente no acesso à saúde, transporte, lazer, dentre outros fatores.

A gente trabalhava também muito a questão do controle social e dentro disso né comprometia a comunidade, informava que era um trabalho paralelo ao trabalho daqui da equipe que que visava sempre a melhoria das condições de vida dessa comunidade né. Então assim a gente tinha essa contrapartida também da comunidade, ela mostrava aqui que recebia bem esses alunos. Se os alunos também se davam bem com essa comunidade havia um vínculo com essa comunidade receptiva. (Ent. 1).

A autonomia da comunidade é estimulada no intuito de haver uma co-responsabilização dos usuários perante a situação de saúde do local em que reside. Esse mecanismo de ação favorece possíveis mudanças da realidade vivenciada e busca de melhorias no âmbito da coletividade.

A estrutura física das unidades de saúde da família também foi uma das dificuldades relatadas pelos preceptores.

Então no início mesmo a gente não tinha uma área apropriada assim para receber os alunos, depois que houve essa reforma veio computador para aqui então facilitou bastante assim o trabalho. (Ent. 1).

Raramente as atividades ocorriam aqui na unidade porque aqui a gente não tem estrutura física, por ser uma casa alugada também. Se eu pudesse eu recebia muito mais estudantes aqui na unidade, a gente se limita muitas vezes por questão de estrutura física. (Ent. 7).

Lá era uma unidade que eu achava uma facilidade que era muito bem localizada, com muitos recursos na comunidade, a gente tinha dispositivos na comunidade que poderiam ser usados, era a sala da igreja, era a escola do lado com uma área enorme, era um posto grande, uma unidade própria, a localização da unidade ajudava muito nesse processo, próximo a UEFS, toda a área que o PSF, facilitava muito. (Ent. 14).

O gasto de material é maior com estudantes nos serviços, mas praticamente não vejo desvantagem nenhuma, é muito importante o estudante estar inserido nas práticas da unidade de saúde, porque a meu ver tanto o profissional que está ali vai ter um aprendizado quanto o estudante que está ali então há um aprendizado mútuo com isso gera capacitação e isso só melhora a qualidade de vida do usuário. (Ent. 15).

É fundamental que as IES e a SMS considerem a importância de assumir, entre outras responsabilidades, a oferta de condições adequadas de trabalho (estrutura física e

recursos materiais), favorecendo o trabalho da equipe e o conforto do usuário (BARRETO et al., 2011).

Inicialmente, o entrevistado 1 retrata a melhoria que houve na unidade de saúde em relação ao aspecto estrutural e os recursos como computador advindos do Programa, o que colaborou no andamento do trabalho. Em sua fala também relata a preocupação em receber os estudantes em um local adequado e confortável para que estes possam desenvolver aquilo que se proposto enquanto grupo tutorial.

Já o entrevistado 7 reconhece a importância do seu ambiente de trabalho enquanto espaço de formação e demonstra em sua fala o desejo em receber estudantes da área de saúde no sentido de apoiar e fortalecer o processo formativo. Apesar disso, evidencia-se a limitação da unidade de saúde da família no que diz respeito à estrutura física o que limita a quantidade de pessoal em circulação em um serviço de saúde.

De modo divergente, o entrevistado 14 mostra-se satisfeito com o seu ambiente de trabalho, considerando a localização deste favorável. Considera o manejo de dispositivos da comunidade como facilidades no andamento do trabalho e a proximidade da UEFS como aspecto positivo para o desenvolvimento de atividades do Programa. Por fim, o entrevistado 15, afirma que, se por um lado a recepção desses estudantes provoca um maior custo para o serviço, por outro ambos ganham, no que tange a produção de conhecimento.

Os espaços dos serviços de saúde não devem se constituir em prolongamentos de hospitais e/ou centros de saúde-escola, mas (re)significar espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes ao processo de produção dos serviços, sem descaracterizar a natureza dos cenários de prática. (ALBUQUERQUE et al., 2008)

Reconhece-se a necessidade de adentrarmos os diversos locais de apoio da comunidade como escolas, igrejas, associações para realização de atividades educativas e a importância de se estabelecer parcerias com os diversos atores. No entanto, percebe-se que as ações ocorriam em outros espaços, principalmente pela estrutura limitada e inadequada da própria unidade de saúde.

A articulação do PET com outros programas foi uma outra questão abordada

[...] fizemos atividades com as escolas, o PET ele contribuiu com as atividades do PSE, que é programa saúde nas escolas então a gente fazia orientação de saúde bucal, a gente fala sobre a importância de prevenção de doenças, lavagem das mãos, então a gente ia para as escolas aproveitava fazia palestra e também fazia a antropometria das crianças, peso, altura, teste de Snellen que é o teste da visão, fizemos tudo isso. (Ent. 7).

[...] basicamente era um trabalho de ensino e de atuação dentro de toda estrutura de um programa de saúde da família que visa, antes de mais nada, a prevenção. (Ent.8).

Essa fala evidencia como um programa pode colaborar para o fortalecimento de outro programa que apesar de possuírem objetos e enfoques diferenciados, também compartilham de objetivos similares. Isso mostra, que há possibilidade de diálogo entre as políticas e programas de saúde pública.

Outrossim, o entrevistado 8 relembra que o PET-SAÚDE é inserido no Programa Saúde da Família, e que coaduna com os seus princípios e diretrizes. Sobretudo no desenvolvimento de ações de prevenção em saúde, embasados contexto em que é operacionalizada a Política Nacional de Atenção Básica.

#### 4.3 SIGNIFICADOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO PRECEPTOR

Evidenciou-se que o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde é uma estratégia para a busca pela integração teoria-prática, tanto para os preceptores como para os estudantes, o que é imprescindível para a reorientação da formação em saúde. O Programa possibilita ainda, a constante busca pelo conhecimento promovendo situações que levam a novos investimentos na formação e novas aprendizagens, exigindo atitudes proativas, criativas e transformadoras.

Outros temas que emergiram nos depoimentos levam a reflexão sobre os sentidos e significados atribuídos pelos preceptores às práticas ocorridas no PET-SAÚDE de modo a fomentar discussões sobre as vivências profissionais e suas singularidades.

De acordo com alguns entrevistados, o Programa contribui para a produção de conhecimento no cotidiano de trabalho, o que possibilita a oferta de um maior leque de atividades na unidade de saúde da família e tornar o olhar mais ampliado sobre o trabalho coletivo.

[...] para mim somou bastante, a gente não fica só naquela coisa, em uma visão única, a gente abre um leque de visões e assim, é um gás a mais para o trabalho... é uma coisa boa por conta disso é que a gente tem, não só aquele comprometimento de atender e de estar somente no trabalho, a gente está buscando muito mais que isso e com o pessoal que vem né. (Ent. 1).

[...] o PET abriu meu campo de visão com relação a tudo né, ao meu trabalho como profissional, é... depois que eu entrei no PET eu tive assim um fôlego novo para voltar a estudar, voltar a pesquisar. (Ent. 3).

[...] uma nova leitura de mundo, o PET ele em parte, ele é muito subjetivo, a convivência, o aprendizado, o vínculo que cria, como cada um lida com a realidade e se aprimora, porque se eu não me aprimorar e eu não buscase entender eu acho que eu não conseguiria, a gente não conseguiria estar no PET com a qualidade não só eu, mas os colegas com a qualidade que a gente teve. (Ent. 9).

[...] O PET ampliou o meu olhar, tanto enquanto docente que eu ainda desenvolvo as duas atividades como enquanto prestadora de serviço de saúde, o PET nos traz assim uma possibilidade de estar agregando conhecimento não apenas ao aluno, ao petiano que está ali para compreender o processo de trabalho, mas ao profissional também. (Ent. 11).

Nessa perspectiva, o preceptor aponta uma série de oportunidades criadas no processo de participação ativa no programa.

O entrevistado 14 ressalta que o seu aprendizado no PET está relacionado com a forma de conceber a educação, como universo que fomenta formas de ver diferentes, construídas pela conscientização, renovação ou modificação de algo. Ressalta que além do aprendizado, importante na sua formação, o Programa coaduna-se com a sua crença de que a educação transforma as pessoas. Outrossim, afirma que esse fato fez com que adentrasse e se mantivesse como participante do Programa.

[...] o PET foi um aprendizado para mim, como eu te falei antes como eu acredito muito nessa questão da educação por isso essas palavras saíram conscientização, reformar, renovar, modificar eu acho que ele favoreceu isso, porque é uma forma de você olhar diferente (Ent.14).

O PET-SAÚDE é um Programa que articula a educação e a saúde, de modo a possibilitar um olhar diferenciado ao participante. O programa traz à tona o novo, o desenvolvimento de trabalho com pessoas e profissionais diferentes. Nesse processo, visa estimular a atuação de agentes ativos no processo de ensino-aprendizagem além de propor como um dos seus focos a modificação da realidade.

Nessa perspectiva, a educação possibilita aos trabalhadores participação na sociedade científica e tecnológica não como objetos, mas como sujeitos, resgatando assim, a dimensão política: a construção da identidade social e a integração plena na cidadania, o despertar para o compromisso social, ético e político (DELUIZ, 1997).

A convivência entre preceptor e estudante favorece o dinamismo no processo de ensino-aprendizagem, pautando-se no diálogo, na busca de respostas para as dúvidas, nos

questionamentos constante, o que oportuniza a realização de iniciativas para a atualização do preceptor.

[...] o convívio com os estudantes é muito salutar, os estudantes estão na fase de formação então eles estão sempre perguntando questionando e nós preceptores temos que estar em condições de responder aquelas dúvidas e perguntas que eles nos fazem. Isso nos obriga a nos atualizar e isso para mim se constituiu em ganho para minha formação. (Ent. 7).

[...] eu achei ótimo o contato com estudante de outras áreas, porque como eu já tinha trabalhado na Estratégia de Saúde da Família, essa questão multiprofissional, interdisciplinar eu já estava mais ou menos acostumado porque a gente sempre fazia atividades em conjunto, com o médico, com o enfermeiro, e foi muito bom para mim está recebendo estudantes de cursos diversos. (Ent. 10).

Para Libâneo (2006) aprender dentro da visão da pedagogia crítica dos conteúdos, é desenvolver a capacidade de processar informações e lidar com os estímulos do ambiente, organizando os dados disponíveis da experiência. Em consequência, admite-se o princípio da aprendizagem significativa que supõe, como passo inicial, identificar aquilo que o estudante já sabe, em outras palavras, o conhecimento prévio. O professor precisa compreender o que os estudantes dizem ou fazem, e estes compreender o que o professor procura dizer-lhes.

Segundo os preceptores, é nesse movimento dinâmico de aquisição e de intercâmbio de saberes que, envolve a construção, desconstrução e reconstrução de saberes, que eles aprendem. Assim, nos posicionamos afirmando que já não é mais possível pensar processos de formação em saúde sem a estreita articulação entre ensino e serviço,

A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, de acordo com as falas dos preceptores raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz no trabalho das equipes de saúde. Nesse sentido, para superar esses obstáculos os gestores do SUS e as instituições de ensino superior vêm empreendendo esforços para resolver e/ou minimizar os problemas e reorientar a formação profissional. Exemplos disso são: estágios de vivências no SUS, residências multiprofissionais em saúde, dentre outros (BRASIL, 2007).

Os desafios no cotidiano do educador na redefinição de práticas, é permeado por medos e ousadias que exigem um repensar sobre a formação em saúde, entre as frustrações e a construção, cabe às circunstâncias e a capacidade humana o poder de aproveitar as oportunidades e alterá-las mediante a práxis (TESTA, 1985).

A tentativa de alterar a realidade deve ser permeada por diversos atores, um deles sendo o estudante em que o diálogo com este é visto como um aspecto positivo, que contribuiu de modo importante para a busca da qualificação do preceptor.

Com o PET eu cresci muito, com o PET por conta disso aí que eu lhe disse, eu estou do lado de cá a mais de 20 anos, como gestora e o PET fez com que eu estivesse próximo tanto da equipe de saúde quanto da comunidade e isso me fez crescer quanto profissional e também de maneira pessoal. (Ent. 15).

Consideramos que é na troca de conhecimentos com outros sujeitos e consigo próprio que estes vão se internalizando, além dos papéis e funções sociais, o que permite a formação de saberes.

A entrevistada 15 ainda complementa que a experiência vivida no Programa possibilitou aproximação da comunidade e o contato entre os membros da equipe de saúde, favorecendo seu crescimento profissional e na prática de gestora.

Nesta perspectiva, nós vemos que o estudante também é considerado um parceiro nesse processo de construção, sobretudo na formação dos profissionais de saúde. A associação desses programas aos serviços de saúde contribui para a construção de mudanças positivas na saúde e educação, pois visualiza-se a modificação desses cenários quando estes têm a oportunidade de realizar parceria com a IES.

A aproximação entre serviços de saúde e instâncias formadoras de profissionais de nível superior, foi propiciada pela implementação das DCNs dos cursos de graduação, possibilitando mudanças no perfil dos profissionais egressos. Nesse sentido, é direcionado para atenção integral das pessoas, família, grupos e comunidades com a formação articulada com o mundo do trabalho. (BRASIL, 2006)

Para a entrevistada 2 o PET significou aprendizagem e também novas perspectivas de produzir saúde. Estar no PET fez a diferença do sentido da reaproximação da pesquisa, por exemplo.

[...] para mim o PET foi aprendizado, aprendi muito, como eu estou te falando, principalmente na parte de pesquisa, fui embora e me distanciei muito disso e hospital tu sabe né, a gente fica naquele... eu pensei até que quando viesse ia ser mesmice, mas não... com o PET a gente conseguiu a parte de pesquisa, oficinas, teve muito trabalho de pesquisa e conseguiu operacionalizar isso. (Ent. 2).

As falas dos entrevistados 2 e 5 são complementares no que tange a importância da interação com estudantes oriundos de outros cursos da saúde que não fossem os da sua formação.

O PET para mim foi ter novos conhecimentos, a gente aprende muito com os alunos, principalmente que eram diversas áreas então a gente não fica só com enfermeiro, então a gente tem uma outra visão também dos outros profissionais. (Ent. 5).

[...] com o PET eu cresci muito, porque eu lidava muito com o estudante de enfermagem que enquanto você lida com o futuro colega ali que você vê sua experiência é uma coisa, mas quando você pode também atuando no PET né conhecer outras coisas, ter outros saberes, por exemplo, assim, de farmácia, de medicina, ter outras questões, novos olhares, novas experiências para o dia a dia. (Ent. 14).

Segundo Minayo e outros (2003), o trabalho interdisciplinar é estratégico, pois visa subsidiar as políticas públicas de saúde, desse modo valoriza, por um lado, as práticas de saúde, os aspectos da subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais, por outro, o enfoque nas macrocondições de produção das realidades sociais, das desigualdades sociais implicadas.

O depoimento a seguir evidencia que a participação no Programa representa uma realização profissional, pois atuar na promoção da saúde mediante ações educativas são atividades com as quais o entrevistado tem afinidade.

Essa é uma área que eu gosto de trabalhar com comunidade, porque o PET é muito ligado à comunidade, faz muito a parte educativa e eu adoro isso, eu acho interessante a gente tentar fazer a prevenção para não deixar chegar na parte secundária, terciária. Então o PET proporciona você praticar muito a parte educativa. (Ent. 4).

A fala do entrevistado, suscita a necessidade de refletir sobre a afetividade como dimensão importante no relacionamento preceptor e estudante, desenvolvendo análises sobre a interligação entre a aprendizagem e a afetividade na formação deste último.

Segundo Ferreira (1999, p. 62) a afetividade significa: “Conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagradado, de alegria ou tristeza”.



Levando em consideração a afetividade como importante fator nesse processo, Rossini (2001, p. 9) afirma que esta acompanha o ser humano desde o nascimento até a morte. Ela “está” em nós como uma fonte geradora de potência de energia.

Falar em afetividade é acreditar em uma educação com relevância social e, em uma escola construída a partir do respeito, compreensão e autonomia de ideias com a pretensão de formar cidadãos que olhem o mundo com a intenção de transformá-lo, sujeitos autônomos capazes de pensar por si próprios sem deixar de considerar o outro.

Segundo Piaget citado por Rossini (2001, p. 9) “parece existir um estreito paralelismo entre o desenvolvimento afetivo e o intelectual, com este último determinando as formas de cada etapa da afetividade”.

A afetividade é essencial, para que haja o pleno desenvolvimento das características do ser humano, pois esta domina todas as ações do sujeito e é considerado um estado de afinidade profunda entre os sujeitos.

Outras questões levantadas por um dos entrevistados consistem na responsabilidade dos preceptores em despertar nos estudantes um pensamento crítico e reflexivo, bem como tomar como referência no processo de ensino e aprendizagem a indissociabilidade teórico-prática.

Para mim, o PET mostra que a gente não tem como separar a teoria da prática, que a gente precisa dar ao aluno, a parte prática, a visão, porque a prática é muito diferente da sala de aula, então o aluno precisa desenvolver essa consciência crítica do que ele aprende na literatura, do que a literatura coloca como correto como deve ser e a experiência prática de como realmente é efetivamente isso acontece, então para criar nesse estudante essa consciência crítica né e dar a ele, e mostrar a ele esse conhecimento a realidade, à distância ou a aproximação do teórico e do prático. (Ent. 6).

Também é possível notar que essa estratégia de reorientação da formação requer do preceptor um compromisso ético-político com os processos de transformação e da necessidade de incitar uma reflexão nos estudantes para possível atuação enquanto construtor e modificador de práticas sociais.

Tais questões remetem aos quatro objetivos para a escola de hoje, apontado por Libâneo (2006): primeiramente preparar os estudantes para o trabalho e também para as formas alternativas do trabalho, proporcionar meios para os alunos pensarem de modo autônomo, crítico e criativo; formação para cidadania crítica e participativa e por fim a formação ética.

Os cenários de aprendizagem ampliam-se e passam a ser constituídos, tanto pela sala de aula como pelos campos de prática da ESF. Isso porque, o processo de ensino aprendizagem orientado para as necessidades concretas da população, exige articulação desses espaços numa construção compartilhada pelos docentes, profissionais e acadêmicos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O PET-SAÚDE como realidade vivenciada pelo profissional é trazido pelo entrevistado 9, sobretudo a necessidade de troca de conhecimento e do multiprofissionalismo na atenção à saúde. Destaca-se também o fortalecimento de ações com as comunidades e o empoderamento das mesmas no enfrentamento do processo saúde-doença.

O PET já é minha realidade, eu já vivo nessa realidade do trabalho multiprofissional e como professor eu gosto do processo de mediar o conhecimento, então essa troca de saberes que é necessária no PET, já que eles vêm com a essa característica, que não é só, não é um estágio, é troca de conhecimento, de entender como funciona a comunidade, então o PET é vivenciar o meu dia a dia, mediar o conhecimento, elaborar propostas para a comunidade, para desenvolver, para trabalhar, principalmente a questão da autonomia que a comunidade seja resolutiva e o PET se encaixa muito bem nisso. (Ent. 9).

No cenário estudado, o trabalho interprofissional surge como uma oportunidade real. E, nessa direção, possibilidade para (re)conhecimento do outro, para integração e troca de saberes, para a construção do fazer coletivo.

O preceptor, portanto, atua neste espaço de serviço e de formação acadêmica, como facilitador da prática interdisciplinar, fazendo a mediação. Isso se constitui como um ponto positivo para a população assistida por meio das ações integradas em saúde, quanto para a formação dos discentes que aprimoram seus conhecimentos. Além disso, também a formação do estudante deve ser vista de maneira integral pela instituição formadora (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

Ao lado disso, o PET-SAÚDE foi citado pelos preceptores do Programa como uma experiência profissional relevante.

O PET foi e ainda é eu acho, um amadurecimento como profissional muito bom ter em termos de ser preceptora que eu nunca tinha sido então em termos de tá orientando de estar norteando aqueles estudantes, que as vezes já vem mais adiantados já com alguma experiência e que as vezes já vem crus do início da graduação, totalmente verdes, então para mim foi muito importante essa experiência profissional e a experiência também de visualizar o crescimento, o desenvolvimento deles, na prática do primeiro ano até o final do primeiro ano, isso foi bastante enriquecedor, ver a evolução deles. (Ent. 16).

[...] você vê a evolução deles, às vezes era um aluno que chegava assim eu tive uma aluna que ela desabrochou esse período todo que eu acompanhei ele, ela pegou dois pets e no primeiro ela malmente falava ela não conseguia se expressar com a comunidade e no final ela fazia, planejava as coisas, conhecia a comunidade pelo nome, desenvolvia bem as práticas, na prática dela fez toda diferença. (Ent. 14).

O preceptor entrevistado reconhece a evolução no processo de formação em saúde dos estudantes participantes do PET. Dessa forma, salienta a importância de exercer esse papel como norteador de práticas e ações de saúde.

Entende-se o saber permeado na interação preceptor e educando como aspecto social, a partir de relações, que envolve fatores individuais e coletivos que interferem no processo de ensino-aprendizagem. Sendo assim, a interação humana é inerente a construção da prática pedagógica, pois há uma relação de condução entre uma ação do preceptor e o trabalho interativo.

De acordo com Henderson (2013), o comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação do estudante no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe. É imprescindível estimulá-lo a articular os conhecimentos teóricos com a prática vivenciada no serviço, mas pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel do preceptor e de suas competências pedagógicas.

O *feedback*, o crescimento e o desempenho de todos (estudante e preceptor), é considerado um instrumento de acompanhamento contínuo da aprendizagem, do progresso global dos aprendizes e da execução do planejamento conjunto, nesse sentido supõe-se a necessidade da avaliação do Programa.

O reconhecimento do preceptor enquanto protagonista das práticas pedagógicas dos discentes no que tange à interdisciplinaridade é imprescindível.

O PET para mim é um Programa bastante interessante porque na verdade a gente enquanto gestão a gente vê algumas coisas quando a gente está de fora que muitas vezes quem está dentro da unidade não percebe né, então a gente vê a verdadeira necessidade da comunidade, eu acho que a comunidade se abre mais e mostra mesmo a necessidade dela e o interesse dos estudantes acho que foi fundamental, porque eles realmente queriam fazer, isso é muito gratificante. (Ent. 8).

O preceptor 8 destaca o fundamental empenho dos estudantes nas atividades e também a importância de ter preceptores que estão inseridos na gestão, de modo a complementar e ampliar a visão do profissional da assistência.

Os preceptores revelaram o desejo de continuidade do Programa, por reconhecer que suas ações representam novas possibilidades e perspectivas futuras de crescimento profissional e por contribuir para o fortalecimento da atenção básica.

Tomara que o Programa tenha seguimento, pois fui aluno da UEFS, eu sou egresso da UEFS e do meu tempo, eu fui da primeira turma de odontologia e não havia isso no meu tempo, então é uma oportunidade mesmo no processo de formação no campo da saúde, se houver a oportunidade novamente seria ótimo participar. (Ent. 1).

[...] o PET sair daqui vai ser uma perda muito grande, a comunidade vai sentir falta, eles sempre perguntam cadê os meninos? Então é o elo da UEFS, a gente trabalhava fora do horário e trabalhava com outras unidades de saúde tudo para o bem da comunidade, e eles sentem falta, e aqui o que não falta é demanda. (Ent. 2).

Eu gostaria muito de participar mais do Programa, eu fiquei muito triste, porque eu vi o Edital novo e a minha unidade não foi inserida limitou muito, diminuiu o valor da bolsa. (Ent. 6).

Eu participaria do PET, quantas vezes fosse possível era ótimo, conheci muita gente, aprendi muito, certo? Então o PET só deixou coisas positivas na minha vida e de todos aqui da equipe, todo mundo gostava. (Ent. 7).

A descontinuidade do programa e o retorno com o Pet-GraduaSUS em um número reduzido de unidades, foi uma das insatisfações dos profissionais das unidades não contempladas. Isso limitou a participação dos profissionais e resultou na interrupção das atividades. Reconhece-se na fala da entrevistada 2 o elo da UEFS com o serviço como uma relação positiva que contribuiu para as ações com a comunidade e reconhecimento desse trabalho no serviço como um diferencial no cotidiano de trabalho.

Alguns preceptores revelam os laços que foram criados com estudantes e outros profissionais no PET:

Na verdade, a relação era uma relação respeitosa e de muita amizade até hoje a gente tem contato com os meninos, a gente tem um grupo que a gente se comunica, o PET acabou, mas o grupo continua sempre que a gente se encontra hoje, a gente lembra das atividades. O grupo era muito bom, eu tenho boas lembranças dos grupos dos estudantes de lá. (Ent. 10).

[...] a convivência em si era muito boa, tanto que assim, alguns é como se fossem amigos, sabe de amizade mesmo entendeu? Fiz amigos para a vida inteira, uma convivência imensa, não é só questão profissional, mas a questão pessoal de, de repente ter uma pessoa ali que talvez nunca fosse conhecer e que virou um amigo para vida toda. (Ent. 14).

Um dos desafios do preceptor é mediar às relações intersubjetivas em conjunto com o processo de trabalho, atrelado ao compromisso educador, exige a formação de parcerias didático – práticas para resolução de conflitos interpessoais e o enfrentamento diário da profissão. Nesse sentido, o preceptor é aquele que acompanha e instrui o educando na vivência diária da prática profissional.

É importante que o preceptor esteja atento à manutenção de uma relação sadia com o estudante, reforçando o caráter produtivo, incorporando práticas positivas, a fim de agregar valores, buscando autenticidade, confiança, respeito e compreensão do ser humano, levando-o para ação de reflexão, postura essa a ser provocada e incentivada no educando (BARRETO et al., 2011)

Para Tardif (2010) há necessidade do relacionar-se, e do porquê relacionar-se bem, pois a interação entre o preceptor e o educando promove o trabalho interativo como forma de fortalecer a coletividade, além das questões éticas, sociais e profissionais.

Investir nessa relação é fundamental para que o desenvolvimento de competências interpessoais necessárias a cada profissão, seja mediado pela criticidade, criatividade, parceria, trabalho em equipe e, conseqüentemente, melhores profissionais estarão atuando em benefício da comunidade.

Segundo os entrevistados havia uma relação de proximidade entre os estudantes e os demais membros da equipe. Isso fazia com que os grupos tutoriais fossem incorporados no planejamento em saúde da equipe, mesmo em momentos, os quais não se faziam presentes fisicamente. Isso demonstra que a unidade de saúde da família considerava o PET como um Programa apoiador de suas atividades e envolvia seus participantes na dinâmica de trabalho do serviço de saúde.

[...] o PET era uma coisa que já vinha se arrastando na unidade, já fazia parte do processo de trabalho mesmo da equipe, todo mundo já contava, faz atividade em tal dia, porque tem os meninos do PET, então já estavam integrados mesmo a equipe então eu acho que facilitou muito. (Ent. 11).

Os entrevistados emitiram críticas em relação ao programa e ao impacto do mesmo no contexto da atenção básica, que merece reflexão.

[...] a gente não tinha instrumentos de avaliação de indicadores, eu pensava eu realmente estou causando impacto aqui? Qual o impacto disso? Qual o resultado disso para a comunidade? Então em alguns momentos você fica com a impressão que é somando números ali e que aquilo ali não tem impacto a médio e a longo prazo, são atividades pontuais. (Ent. 15).

Veja bem eu só participei do programa dois anos, mas desde que eu saí ainda houve dois ou três anos, agora francamente em relação ao que atuo dentro da comunidade, eu não vejo como tenha melhorado alguma coisa, ao contrário estamos vivendo uma crise hoje, em que a situação dos programas e dos postos de atendimento está cada vez mais carente. (Ent. 7).

A entrevistada 15 pontua que sentiu falta da avaliação do impacto das atividades que foram realizadas. Diante disso, refere à necessidade de criação de indicadores que tragam dados concretos do Programa e das ações que têm sido realizadas.

O entrevistado 7 ainda argumenta que a inserção do Programa no seu contexto está distante de modificar a realidade, pois a problemática é complexa e perpassa por diversos fatores. Desse modo, afirma a perpetuação das condições precárias de trabalho nas unidades de saúde e a persistência dos mesmos problemas de saúde.

## 4.4 ARTIGO

**PRÁTICAS DE PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO  
TRABALHO PARA SAÚDE: (DES)INTEGRAÇÃO, ENSINO, SERVIÇO E  
COMUNIDADE**

**PRACTICES OF THE PRECEPTORS IN THE HEALTH WORK EDUCATION  
PROGRAM: (DES) INTEGRATION, EDUCATION, SERVICE AND COMMUNITY**

Rafaela Braga Pereira Veloso<sup>1</sup>

Maria Geralda Gomes Aguiar<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia. E-mail: veloso.rafaela@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Titular do Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Email: geaguiar@uefs.br

**Resumo:** O objeto do estudo são as práticas dos preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e a integração ensino, serviço e comunidade. O objetivo é analisar as práticas dos preceptores e a integração ensino, serviço e comunidade em unidades de saúde da família em Feira de Santana, Bahia. O estudo é de abordagem qualitativa, realizado mediante entrevista semiestruturada e análise de documentos, cujo material foi analisado utilizando a hermenêutica dialética. Evidenciou-se que as práticas dos preceptores envolvem planejamento em saúde, avaliação, atividades educativas, supervisão e acompanhamento dos estudantes e educação permanente. Na trajetória do Programa vivenciam um contexto caracterizado por movimentos de integração e desintegração; favorecidos pela articulação dos participantes ou marcadas por distanciamento e fragmentação das atividades. As práticas dos preceptores no Programa suscitam reflexões sobre o seu fazer e a relação ensino, serviço e comunidade, sobretudo que o Programa favorece a aproximação entre universidade e serviços de saúde. No entanto, são desafios, o financiamento e descontinuidade do Programa e a necessidade de fortalecimento de políticas de desenvolvimento de pessoal.

**Palavras-chave:** Formação de Recursos Humanos, Serviços de Integração Docente Assistencial, Sistema Único de Saúde, Educação Superior.

**Abstract:** The object of this study is the practices of the preceptors of the Education for Work Program for Health and its integration teaching, service and community. The objective is to analyze the practices of the preceptors of the program and the integration teaching, service and community in family health units in Feira de Santana, Bahia. The qualitative study was carried out through a semi-structured interview and analysis of documents in the city of Feira de Santana, Bahia. The analysis of the data was carried out by means of the approach of the dialectical hermeneutics method. The results evidenced that the preceptors experience a context characterized by integration and disintegration movements during the course of the Program. There are moments that are favored by the articulation between the participants,



however there are occasions marked by the distance and fragmentation in the development of the activities. The practices of preceptors in the Program give rise to reflections on their work and the relationship between teaching, service and community, especially that the Program favors the approximation between university and health services. However, there are challenges, the funding and discontinuity of the Program and the need to strengthen personnel development policies.

**Key-words:** Human Resource Training, Services of Teaching Assistential Integration, Unified Health System, Higher Education.

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as práticas vivenciadas pelos preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), assim leva em consideração as reflexões e atividades que permeiam o exercício da preceptoria.

Na Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu-se que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”<sup>1</sup>. Entretanto, apenas em 2000, quando foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde, a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ganhou estatuto de política pública para o desenvolvimento da formação no âmbito do SUS, mediante a aplicação dos princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS) como política nacional<sup>2</sup>.

Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial hegemônico vigente no país. Com isso, deve-se levar em consideração os aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, a organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde.

Diante disso e baseado em dados da realidade brasileira, identifica-se que o problema da formação em saúde é antigo e se insere no âmbito das necessidades de qualificação dos profissionais adequada aos princípios e diretrizes do SUS.

Em 2004, foi criada a Política de Educação Permanente, essencial na formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino e de aprendizagem inovadoras.

Nas últimas décadas, diversas iniciativas instituídas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, representadas por instituições de ensino superior e movimentos de controle social em saúde, têm incitado o debate e a construção de uma política de reorientação das práticas formativas de profissionais da saúde e do desenvolvimento de pessoal em atuação<sup>3</sup>.

Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), constitui-se como uma das ações direcionadas para o fortalecimento da atenção básica com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PET-SAÚDE é considerado uma estratégia de reorientação da formação, sendo reconhecido como um projeto educativo que extrapola o domínio técnico-científico das profissões e se estende pelos aspectos estruturantes de relações interpessoais e práticas de transformação social, a fim de contribuir para a elevação da qualidade de saúde da população.

Esse processo de transformação na formação envolve a integração ensino-serviço com o trabalho coletivo entre gestores das IES, da SMS, docentes, estudantes e os profissionais do serviço. Sua aplicação visa: à formação profissional, qualificação e satisfação do preceptor, e a possibilidade de uma melhor assistência ao usuário, implicando um novo modo de ensinar, aprender e fazer<sup>4</sup>.

Neste cenário, reconhece-se a atuação do preceptor como atividade que favorece um processo de construção de conhecimento e a necessidade de qualificação do mesmo. Nesse sentido, o preceptor é considerado o mediador nesse processo e o ator que contribui para aproximação dos estudantes ao serviço de saúde em que estão inseridos. Dentre as habilidades do preceptor destacam-se: o compromisso com a aprendizagem do estudante, o

conhecimento do seu papel como formador e a capacidade de incentivar o estudante a ser responsável por sua aprendizagem<sup>5</sup>.

Durante o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) no período de 2008 a 2013, vivenciei a experiência da inserção no PET - Saúde da Família, onde tive o primeiro contato com a estratégia de saúde da família e posteriormente tive a oportunidade de adentrar o PET - Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas, onde tive experiências em Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e tive contato direto com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no matriciamento da saúde mental na atenção básica, vivências essas que me instigaram à realização do estudo.

Diante desse contexto, esta pesquisa partiu do questionamento de como se dão as práticas dos preceptores do PET-SAÚDE e a integração ensino, serviço e comunidade. Assim, o objetivo é analisar as práticas dos preceptores do programa e a integração ensino, serviço e comunidade.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, uma vez que visou estudar as práticas dos preceptores do PET-SAÚDE e as formas de integração ensino, serviço e comunidade desse processo, buscando compreender seu significado.

Os participantes foram 16 profissionais que atuaram como preceptores do PET-SAÚDE DA FAMÍLIA, podendo ter atuado em outras linhas de cuidado do programa. Utilizamos como critérios de inclusão: preceptores que haviam atuado como preceptores nas unidades de saúde da família vinculadas ao PET-SAÚDE, por um período mínimo de dois anos. Consideramos os respectivos critérios de exclusão: preceptores que tivessem sido desligados do programa no período por qualquer motivo e aqueles que se encontrassem de licença por razões diversas ou de férias.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2016 no município de Feira de Santana, Bahia. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e análise de documentos.

A análise do material extraído das entrevistas foi realizada por meio da aproximação do método da hermenêutica dialética. Inicialmente foi feita a ordenação dos dados, momento em que tivemos o primeiro contato com o material empírico e realizou-se a transcrição *ipsis litteris* das entrevistas gravadas. Em um segundo momento, fez-se a classificação dos dados com a realização da leitura exaustiva e repetida dos textos, o que auxiliou no estabelecimento dos núcleos de sentido dos dados das entrevistas e dos documentos e, posteriormente a identificação dos temas relevantes, de modo a identificar as convergências, divergências, complementariedades e diferenças existentes em cada núcleo de sentido.

Dessa maneira, agrupou-se os achados na categoria empírica (Des) integração ensino, serviço e comunidade no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. A análise final dos dados foi constituída pelo aprofundamento do material obtido nos momentos anteriores, o que possibilitou compreender o objeto de estudo através da articulação entre o empírico e o teórico. Realizou-se triangulação de dados e técnicas, o que possibilitou maior amplitude da análise, bem como contextualização dos excertos das falas.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde mediante parecer nº 1.418.548 e CAAE nº 50653215.0.0000.0053<sup>6</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em sua maioria, os entrevistados eram mulheres, sendo quatro profissionais de saúde do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 30 a 62 anos. Cinco deles referiram ter participado de outras linhas do PET, como PET-Redes, Saúde Mental e Materno Infantil. Quinze participantes possuíam especialização, importante destacar que cinco deles possuíam

especialização em Saúde Pública/Saúde da Família/Saúde Coletiva, sendo os demais especialistas em áreas diversas.

Alguns preceptores ingressaram em carreira acadêmica, sendo que três finalizaram o mestrado e um encontra-se com doutorado em curso. O enfermeiro se destaca como categoria com o maior número de entrevistados. A categoria apreendida traz elementos sobre as práticas dos preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde e sua des(integração) ensino, serviço e comunidade. **(Des)integração ensino, serviço e comunidade no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**

De acordo com Araújo<sup>7</sup>, a interação entre as IES, os serviços de saúde do SUS e as comunidade é reconhecida como estratégia para se alcançar a adequação dos profissionais às demandas sociais da população. No que tange a este aspecto, a interrelação entre saúde e educação enfoca as habilidades dos profissionais no atendimento das necessidades sociais da população.

Mediante tal perspectiva, as falas dos preceptores evidenciam a interrelação entre a IES, o serviço de saúde e a comunidade, assim entendida: [...] *existe um elo da UEFS, eu sempre digo gente a UEFS não pode sair de daqui de dentro, a comunidade abraça eles, eles gostam muito, tanto na pesquisa como na parte de atendimento, é uma ajuda muito boa. (Ent. 2).* Os relatos dos preceptores revelam ainda a reciprocidade na relação entre IES e serviço de saúde, o que evidencia ganhos no estabelecimento dessa parceria: [...] *acho super válido a relação da universidade com o serviço, os dois tem a ganhar com essa relação né, é uma coisa de mão dupla, todos dois saem beneficiados disso, porque a universidade precisa do serviço para colocar em prática o que é ensinado e a gente precisa...e é bom para a gente porque a universidade vem para cá para dentro porque traz novos saberes e traz um novo vigor no funcionamento da unidade. (Ent. 6).*

Os preceptores ressaltam a relação criada entre a IES e as unidades de saúde da família, além do vínculo com o usuário com os atores desse processo. Dessa forma, evidencia-se nas falas que esta parceria é necessária tanto para a formação em saúde, quanto para a colaboração com o serviço de saúde e seus trabalhadores quanto os usuários que reconhecem o trabalho que é desenvolvido na comunidade.

A integração ensino-serviço-comunidade representa um vetor indispensável para a consolidação das práticas que visam à melhoria da saúde da população brasileira. Nesse sentido, as universidades são convocadas a dar sua contribuição aos serviços de saúde com os quais tem parceria enquanto campos de práticas, estágios e pesquisas.

De acordo com o estudo de Passarela<sup>8</sup> um percentual muito elevado de participantes (96%) apontou a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade, como um dos objetivos do PET-Saúde/Saúde da Família. Esse resultado não se alterou, quando consideradas as categorias de participantes no programa (98,51%, 97,90% e 94,50%, respectivamente, coordenadores/tutores, preceptores e estudantes).

O Ent. 3 complementa que as atividades desenvolvidas no Programa também incluem ações de educação permanente em saúde (EPS) para os profissionais da equipe de saúde da família: *[...] As práticas desenvolvidas enquanto preceptora aqui do PET com relação aos alunos na universidade, eles desenvolviam ações educativas na comunidade, na escola, daqui da área adscrita do PSF, realizavam oficinas com o ACS e com as funcionárias da unidade bem como capacitações sobre diversos assuntos ligados a temáticas necessárias. (Ent. 3).*

Compreende-se que a EPS considera que os processos educativos devem ser produzidos a partir da análise crítica dos problemas identificados na realidade de trabalho dos serviços de saúde e de forma participativa. Nessa perspectiva, é de suma importância a construção coletiva no processo de ensino aprendizagem.

Os estudos de PAGANI, ANDRADE<sup>9</sup>; PAULINO et al<sup>10</sup> afirmam que uma das contribuições da EPS na prática de trabalho da ESF está relacionada com a possibilidade de identificar as falhas e buscar a resolução a partir da problematização.

Percebe-se na fala do entrevistado 13 que a promoção de atividades de capacitação através da identificação de problemas trazidos pelos agentes comunitários de saúde, de modo a reconhecer a territorialização e o conhecimento sobre a comunidade como importantes fatores para o êxito do trabalho na atenção básica. [...] *por exemplo a gente fez uma capacitação com os ACS sobre saúde mental, depressão, porque os agentes estavam tendo alguns problemas em relação a isso e eles demandam muitas coisas, e eles são o elo com a comunidade, mas eles recebem demandas e às vezes não sabem como trabalhar e não tinha um suporte necessário nesse sentido. (Ent. 13).*

Os preceptores ressaltam a diversidade de atividades ofertadas pelos diversos atores sociais do Programa, principalmente no que diz respeito às atividades educativas e as metodologias utilizadas nas ações de saúde realizadas, durante a supervisão dos estudantes: [...] *A gente realizou aqui várias práticas, grupos de gestantes, grupo de adolescentes, no grupo de gestantes, a gente fazia aconselhamento sobre o aleitamento materno exclusivo, como dá o banho da criança, higiene do corpo da criança, cartão de vacina, importância das consultas de puericultura, a mesma coisa pra gestante a gente fazia também a importância das consultas de pré-natal, desenvolvimento da gestação, mês a mês, a gente também fazia essa parte, então sempre atividades de grupo. (Ent. 6).* Os relatos dos preceptores evidenciam ainda a realização de atividades culturais ofertadas no decorrer do programa: [...] *Teve de tudo, existia salas de espera, caminhadas, atividades de grupo, oficinas, a gente fez oficina de garrafa pet, ensinou a reciclar material, gente fez palestras, levou as pessoas ao teatro, fez passeio, fomos pro Observatório Antares, é... fomos para aquele parque, a gente trouxe o*

*Teatro do Cuca aqui para praça, então a gente não se limitava a só a essa questão da palestra. (Ent. 7).*

Em outra oportunidade foi citada a promoção de oficinas criativas com o intuito de modificar o cenário vivenciado, por outro lado refletiu-se sobre a limitação do programa devido a sua descontinuidade, o que resultava na interrupção dessas atividades: [...] *a gente fez atividades de geração de renda para idosos a gente conseguiu fazer uma autonomia, não durou muito tempo porque acabou o PET e a própria instituição não deu continuidade ao trabalho, uma horta na parede para que os idosos pudessem cultivar e que eles gostavam, então teria uma atividade laboral, fizemos cartilha para comunidade sobre ervas medicinais, elaboramos um espaço para coleta de lixo e construímos junto com a comunidade. (Ent. 9).*

Ressalta-se que as vivências favorecem o dinamismo no processo de ensino e de aprendizagem, através de atividades lúdicas, oficinas que visam a modificação do cenário de atuação e através disso é possível estabelecer uma maior integração do grupo e construir práticas de saúde transformadoras. A utilização de teatro, visitas a parques e museus servem para dinamizar as atividades educativas sobre os temas, o que torna a aprendizagem mais prazerosa e estimula a criatividade, através de momentos interativos e envolventes, e, sobretudo significativos. Além disso, essa lógica coaduna-se com o conceito ampliado de saúde, de modo a considerar os seus determinantes sociais em saúde.

A aprendizagem significativa é discutida por Moreira e Masini<sup>11</sup>, com base na teoria de Ausubel e, de acordo com eles, a aprendizagem significativa é o processo em que a nova informação interage com uma parte importante da estrutura de conhecimento do indivíduo. A aprendizagem significativa deverá ocorrer de forma prazerosa à medida que são utilizados elementos que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores e se relacionam diretamente com experiências já vivenciadas. Assim, o tema abordado só será apreendido se fizer sentido para



os participantes das ações educativas, ou seja, se estiver relacionado com suas experiências anteriores.

Ao falarem de suas atividades os preceptores destacaram o planejamento em saúde, considerado uma das ferramentas estratégicas primordiais para a realização de atividades do Programa pelos preceptores e demais atores: [...] *O planejamento das atividades era feito em equipe aqui, sempre a segunda quinta feira do mês é reunião de equipe mais os agentes de saúde e NASF, aí sempre tinha alguém do PET nessas reuniões aí a gente já fazia o planejamento das ações em conjunto a gente não trabalhava PET separado da unidade, o PET ele estava inserido na unidade, e ele fazia parte das ações da unidade, caminhava junto.* (Ent. 6).

Nessa conformação, parece haver uma maior integração entre os trabalhadores de saúde, com diferentes categorias profissionais com um mesmo objetivo, possibilitando o compartilhamento de interesses comuns e a construção coletiva, independente de se estar atuando no serviço como profissional ou de ser estudante da área de saúde. Este cenário contribui para novos conhecimentos e possibilidades de intervenção sobre as situações geradoras das ações educativas.

No estudo de Lima e Rozendo<sup>12</sup> observou-se que o exercício da preceptoria no PET-Saúde contribuiu para a integração ensino-serviço e para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, favorecendo o (re)conhecimento do trabalho do outro. O Programa proporcionou aos preceptores, a oportunidade de repensarem as práticas, tanto técnicas quanto pedagógicas, pela presença do estudante no serviço. Isso favoreceu, ainda, o conhecimento de suas limitações e, também, de sua importância para o processo de formação profissional, por meio de sua atuação como mediador e facilitador da aprendizagem no mundo do trabalho.

Contudo, também foi pontuado pelos entrevistados, as dificuldades na continuidade das ações e implantação de atividades. Dentre elas, destaca-se a descontinuidade do Programa e a escassez de parcerias que desejem permanecer com o projeto, o que acaba enfraquecendo-o.

Outro instrumento presente no cotidiano do PET-SAÚDE é o processo de avaliação, atividade inerente à preceptoria. Concordamos com o entrevistado 9 quando o mesmo afirma que a avaliação deve ser realizada de forma coletiva, o que requer participação ativa de todos os envolvidos: *[...] a avaliação era processual, no sentido da cobrança isso me cabia cobrar as datas que tudo acontecesse o mais próximo do cronograma possível, mas a avaliação também era feita assim o que podemos fazer de melhor, a gente não trabalhava com avaliação de nota nada disso, a avaliação posso dizer era qualitativa, foi mais subjetiva mesmo, ocorreu uma vez só da gente fazer um trabalho com nota mas mais para gente, era mais qualitativa mesmo e havia a autoavaliação de todo mundo inclusive minha, todos nós nas nossas reuniões aqui. (Ent. 9).*

Os relatos dos preceptores citam também a prática da heteroavaliação e auto avaliação entre as atores sociais do Programa: *[...] a avaliação deles era feita a partir do desempenho deles né, era feita a cada 15 dias em reunião esse momento também semestral ou anual que a gente tinha reunião na UEFS em que a gente dá notas qualitativas na verdade, eu dou a notas a eles, e eles a mim, assim como o tutor e também havia a auto avaliação, a avaliação era mais qualitativa mesmo, a cada mês a gente entregava para nossa tutora um impresso onde a gente colocava todas as atividades que eram realizadas e no impresso dos bolsistas a minha avaliação, o desempenho dele naquele mês, a justificativa para aquele desempenho, as facilidades e as dificuldades. (Ent. 16).*

Conforme o entrevistado 9 a avaliação no Programa tem se constituído como um instrumento para melhorar o desenvolvimento dos trabalhos na comunidade e a relação com a equipe. No entanto, apesar de ressaltar o caráter qualitativo, reconhece-se que houve

momentos que os preceptores sentiram a necessidade de quantificar as atividades realizadas estabelecendo as respectivas pontuações obtidas pelos estudantes, de outro modo, foram cobrados pela coordenação do Programa, a atribuir notas aos estudantes participantes.

De acordo com Meira e Kurcgant<sup>13</sup> é importante a adoção de diversidade de formas de avaliações, pautadas em estratégias que envolvam interação e a iniciativa dos estudantes. Pode-se considerar que a avaliação formativa como estratégia de ensino privilegia o protagonismo dos atores envolvidos

Considera-se que a prática da avaliação formativa inexistente na grande maioria dos cursos de graduação ou até de pós-graduação e, por isto, mesmo sua adoção representa um desafio importante da prática pedagógica. Quando existe, reproduz métodos de avaliação tradicionais, centrados em provas objetivas, pontuais, realizadas ao final do módulo, ou rodízio, com caráter apenas quantitativo, supostamente para dar uma nota e estimular os estudantes a estudar fora do contexto da realidade.<sup>14</sup>

Assim, a participação das Instituições de Ensino Superior na formulação e implementação das propostas e na estruturação das instâncias de acompanhamento e avaliação do programa caracterizam uma fase de protagonismo dos sujeitos que fazem as universidades.<sup>15</sup>

A educação possui uma estrutura didático pedagógica conformada no currículo, pela progressão escolar e avaliação das aquisições lógicas, mas também se compõe pelas relações de aprendizagem que envolvem processos cognitivos, afetivos e sociais. No campo da saúde, a universidade e os locais de trabalho são campos de construção cognitiva, onde ocorrem aprendizagem formais e afetivas, com as relações pessoais inerentes ao setor.<sup>16</sup>

Contudo, percebe-se um avanço ao visualizar uma relação dialógica entre os preceptores e estudantes, a inserção da autoavaliação dos atores envolvidos, a heteroavaliação e a reunião

coletiva, no intuito de superar as dificuldades encontradas e reconhecer as limitações do processo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidencia mudanças na formação de profissionais a partir da inserção do preceptor e do estudante em estratégias que estimulam a participação ativa dos envolvidos. Outrossim, esse novo cenário oportuniza os profissionais que atuam nos serviços de saúde a realizar uma reaproximação das instituições de ensino superior, o que favorece o estabelecimento de parceria entre eles.

A participação dos preceptores no Programa provoca reflexões sobre as práticas desenvolvidas, a relação ensino, serviço e comunidade. Além disso, a universidade é considerada como uma fonte de qualificação técnica e científica e colabora na construção de um espírito crítico, ético e social.

As instituições de ensino e os serviços de saúde deverão constituir em sua programação, um espaço democrático para a pactuação da integração ensino – serviço-comunidade. Entre outras premissas, ter uma ênfase maior na importância de um espaço adequado (estrutura física, população adstrita, recursos de aprendizagem, investir na formação desejável para um profissional se tornar preceptor, incluindo políticas de educação permanente e integração com a coordenação pedagógica. Neste processo, acreditamos que o compromisso de transformar as práticas de saúde deverá estar permeado por um movimento de construção e desconstrução contínua, tanto dos usuários, quanto dos profissionais e gestores dos serviços de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. Pereira JG. *Articulação ensino-serviço para a construção do modelo da vigilância da saúde: em foco o Distrito do Butantã* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
4. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(3):356-362.
5. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Med* 2011; 35(3):303-310.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.
7. Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):179-182.
8. Passarella TM. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino, serviço-comunidade* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
9. Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc* 2012; 21(Supl.1):94-106.
10. Branquinho NCSS, Bezerra ALQ, Paranaçu TTB, Paulino VCP. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ* 2012; 20(3): 312-316.
11. Moreira MA, Masini EFS. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. 2ª Edição. São Paulo: Centauro, 2006.
12. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2015 dez. [acessado 2015 out. 16]; 19(Supl. 1):779-791. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500779](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500779).
13. Meira MDD, Kurcgant P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1):16-22.
14. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2002.

15. Rodrigues AAA. *O Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão do conhecimento na interação ensino-serviço: uma experiência a partir do PET-Saúde* [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015.
16. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Ciência & Saúde* 2008; 1(1):9-23.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi de grande importância, pois permitiu entendermos como se dá a conformação das práticas dos preceptores do PET-SAÚDE e o processo de trabalho destes profissionais na ESF. Os resultados expressam aspectos relevantes, os quais podem ser levados em consideração pelos próprios profissionais de saúde e gestores no sentido de contribuir para educação permanente e a formação de recursos humanos dessa área. Isso de fato é imprescindível para o fortalecimento do SUS, pois contribui para atender às necessidades da população de modo a respeitar o princípio da integralidade do cuidado.

Ressaltamos como facilidades para a condução deste estudo, a contribuição dos participantes na pesquisa de campo, a pesquisa em bases de dados qualificada e o apoio da universidade no que tange a disponibilidade de estrutura e bibliotecas para estudo. Em contrapartida, identificamos como dificuldade a escassez de estudos sobre o PET-SAÚDE e principalmente no que tange o enfoque dos preceptores do Programa.

Assim, com relação às práticas dos preceptores do Programa pudemos perceber que ainda há grandes avanços a serem alcançados, no entanto é evidenciada a aproximação desses profissionais do serviço com as instituições de ensino e com os profissionais em formação. Algumas queixas recorrentes dos profissionais são citadas no estudo, dentre elas estão: acúmulo de tarefas, escassez de materiais, estrutura física inadequada, insegurança na área de trabalho. No entanto, destaca-se os aspectos imprescindíveis na atuação profissional desde a graduação como o compromisso social, ético e político e as relações interpessoais e interdisciplinares.

Os resultados apontam que o modelo assistencial ainda é fundado na clínica, revelando uma visão conservadora do processo saúde-doença. Percebe-se que na atuação de alguns entrevistados o cunho clínico se sobressai sob os aspectos subjetivos do indivíduo e da coletividade. Ressaltamos ainda, a importância do incentivo à atuação multiprofissional e interdisciplinar que é apontada como um dos grandes ganhos na atuação no programa, no entanto em muitos momentos as atividades não eram concretizadas desta forma.

Podemos inferir que nas atividades desenvolvidas no PET-SAÚDE há um predomínio de uso de tecnologias leves e leve-duras, favorecendo as relações intersubjetivas entre usuários e profissionais de saúde. Desse modo, inferimos que esse trabalho pode contribuir na direção da reflexão sobre o modelo assistencial vigente. Isso demonstra a potência do trabalho desenvolvido em conjunto entre profissionais de diferentes categorias

pertencentes ao mesmo campo, a saúde, portanto esses trabalhadores da equipe de saúde, tem possibilidades reais de contribuir para a efetivação das diretrizes da atenção básica de longitudinalidade, coordenação da assistência e integralidade.

Os preceptores consideram que o PET-SAÚDE possibilita aprendizagem ampliada de temas, com a inserção dos estudantes na prática, provocando um entendimento que apenas as aulas teóricas não conseguiriam alcançar. Outrossim, incentivam a atuação multiprofissional e interdisciplinar que é apontada como um dos grandes ganhos e que facilita o trabalho posterior à formação já que o trabalho em equipe pode ser disseminado desde a graduação.

A participação no Programa provoca reflexões sobre a função do preceptor na formação em saúde e da universidade que além da qualificação técnica e científica é também estimular o espírito crítico, ético e social. Nesse sentido, é preciso pensar em formas de criar espaços de interseção entre os serviços e o ensino para formação de profissionais ativos e adequados aos valores e princípios do SUS.

Importante ressaltar que desafios como o financiamento, descontinuidade do Programa e a hegemonia do modelo biológico-centrado são entraves na atualidade para que o mesmo permaneça vivo nas diversas IES do país.

Neste processo, acreditamos que o compromisso de transformar as práticas de saúde deverá estar permeado por uma construção e desconstrução contínua tanto dos usuários, quanto dos profissionais e gestores dos serviços de saúde.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci_abstract&tIng=pt)>. Acesso em: 27 jun. 2016.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 out. 2015.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar; Londrina: Ed. UEL. 1999. v. 1.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 10 set. 2015

ANDRADE, L. O. M. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 179-182, 2006.

ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. **Nurse Educ Today**, v. 11, n. 3, p. 225-229, 1991.

ARRUDA, A. O trânsito de saberes: olhar sobre a produção brasileira. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. **Saúde, educação e representações sociais**: exercícios de diálogo e convergência. Coimbra, Pt: FORMASAU, 2009. p. 19-33.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, Bahia: UEFS Editora, 2010, p. 139-159.

BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, set./out. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500005)>. Acesso em: 13 set. 2015.

BALBINO, A. C. et al. Educação Permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia de saúde da família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a05v8n2.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

BARRETO, V. H. L. et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, dez. 2011.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cad ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 32-38, 2013.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, abr/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 23 dez. 1996; Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ana Estela Haddad et al (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004**, Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde, Brasília, DF 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Portaria interministerial nº 917, de 6 de maio de 2009.** Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, CONASS: 2011.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011)>. Acesso em: 1 out. 2015.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Docente clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BUENO, S. M. V. **Contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar.** 1981. 236 f. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAETANO, J.; DINIZ, R.; SOARES, E. Integração docente assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare enferm.**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16376/10857>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011-1034.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM R, B.; FEUERWERKER, L. A. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 set. 2015.

CHASE, S. E. Narrative inquiry: multiple lenses, approaches, voices. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Collecting and interpreting qualitative materials**. Los Angeles: Sage, 2008. p. 57-94.

CIUFFO, R S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 24, jan./mar. p. 125-140, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100010&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CYRINO, E. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 36, n. 1, supl. 1, p. 92-101, mar. 2012. Disponível em: <<http://issuu.com/revista.interface/docs/v.16-n.40-jan-mar.2012>>. Acesso em: 10 set. 2015.

DELORS, Jacques (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez. 1998. p. 89-102.

DELUIZ, N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda aos interesses dos trabalhadores? **Tempo e Presença**, Rio de Janeiro, n. 293, p.14-16, maio/jun. 1997.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 66, n. Spe, p. 95-101, set. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio XXI: o dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, M. F. S; RODRIGUES-NETO, J. F; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, jan./fev. 2010.

FINKLER, M. **Formação ética em Odontologia: realidades e desafios**. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Educação)–Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401151&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401151&lang=pt)>. Acesso em: 13 set. 2015.

FONTOURA, M.; LEMOS, M. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS-BA. **Rev. Baiana. Saúde Públ.**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. São Paulo: UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 765-793.

GADAMER, H. G. **Verdad y método I**: fundamentos de uma hermenêutica filosófica, Salamanca: Sígueme, 1996.

\_\_\_\_\_. **O problema da consciência histórica**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. do C. **Semiótica, afecção e cuidados em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

GAMBA, M. A.; TADINI, A. C. **O processo saúde-doença**. Mimeografado, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRANDESSO, M. A. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem e cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HADDAD, A. E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET SAÚDE. **Cad. ABEM**, p. 6-12, 2009.

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 3-4, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022012000200001&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200001&lang=pt)> Acesso em: 5 set. 2015.

HENDERSON, A. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: what 'support' do nurses at the bedside need? **Nurse Education in Practice**, v. 13, p. 197-201, set. 2013.

HORA, D. L. da. et al. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. v. 11, n. 3, p. 471- 486, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300002)>. Acesso em: 5 set. 2016.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Ferramentas cidades, Feira de Santana**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L, PINTO, A. G. A. **Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão**. Fortaleza: Editora UECE, 2012.

LARANJEIRA, C. A. Aprendizagem pela experiência em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 176-181, abr./jun. 2006.

LIBÂNIO, J. C. **Adeus professor, adeus professora?** novas exigências educacionais e profissão docente. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**, 21. ed. 2006.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoría do Pró-PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 19, supl. 1, p. 779-791, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500779](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500779)>. Acesso em: 16 out. 2015.

LINHARES, M. S. C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, supl. 1, p. 923-930, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500923](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500923)>. Acesso em: 28 jun. 2016.

LOPES NETO, D. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 60, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600003)>. Acesso em: 6 out. 2015.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1990.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 2011.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Além da dicotomia saúde-doença: repensando este binômio. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro v. 2, n. 2. p. 53-55, mar, 1990.

MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 326- 333, 2011.

MASSETO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 16-22, 2016.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T., MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface** (Botucatu), v. 14. n. 34, p. 683-692, jul./set. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0210.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERTEN. T. O teste de associação de palavras na psicologia e psiquiatria: história, método e resultados. **Revista Análise Psicológica**, v. 4, p. 531-541, 1992.



MINAYO, M. C. S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Cienc. saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 97-108, 2003.

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

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MISSAKA, H. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência de um serviço público não universitário**. 76 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Ciências da Saúde) –Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MISSAKA, H., RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congresso Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev Bras Educ Med.**, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011.

MIZUKAMI, M. G. N. **Aprendizagem profissional da docência: saberes, contextos e práticas**. São Carlos, SP: UFSCAR; INEP; 2002.

MYRICK, F.; YONGE, O. **Nursing preceptorship: connecting practice and education**. Edmonton: University of Alberta, 2004.

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 541-551, nov. 2012.  
Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 ago. 2015.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários para a educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MORIN, E.; MOIGNE, J. **A inteligência da complexidade**. 2. ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. (Série Nova Consciência).

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P. L.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (Org.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 67-77.

PAGLIOSA, F. L.; Da ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.492-499, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

\_\_\_\_\_. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, L. A.; LOPES, M. G. K.; LUGARINHO, R. **Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde**: como compatibilizar? 2006. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2015.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. C.; MATOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: CEPESQ, ABRASCO, 2005.

PINTO, A. C. M. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 22, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013001600004&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001600004&lang=pt)>. Acesso em: 21 set. 2015.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev Bras Educ Med.**, v. 36, n. 1, suppl 2, p. 170-177, 2012.

RAPAPORT, D. **Testes de diagnóstico psicológico**. Buenos Aires: Paidós, 1965.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11 (Supl. 1), p. 77-81, 2012.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Lisboa: Edições 70, 1976.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 18, out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022012000300027&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000300027&lang=pt)>. Acesso em: 25 set. 2015.

RODRIGUES, A. A. A. O. **Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão do conhecimento na interação ensino-serviço**: uma experiência a partir do PET-Saúde. 2015. 261 f. Tese (Doutorado em Difusão do Conhecimento)–Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia.

ROSSINI, M. A. S. **Pedagogia afetiva**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-97, jan./jun. 2004.

SALDANHA, K. G. H. **Cenário de prática em saúde**: estudo da preceptorial do pet-saúde na estratégia saúde da família na região metropolitana de Fortaleza. 2015. 71 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)–Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANTANA, J. S. da S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 69-86.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 maio 2016.

SILVA, L. A. A. et al. Educação Permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-61, set. 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como estratégia para articular teoria e prática. **Olho Mágico**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2004.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade no cuidado na Saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, ago. 2008.

SILVA, G. T. R.; EPÓSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Rev Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 460-465, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_13.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2015.

SILVEIRA, R. M. H. **A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SILVERMAN, H. J. **Textualities: between hermeneutics and deconstruction**. New York: Routledge, 1994.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

TESTA, M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In. NUNES, E. D. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde. 1985. p. 335-367.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

TOMEY, A. V. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Rev Cubana Educ Méd Super**, La Habana, v. 16, n. 2, p. 156-163, out. 2002.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Rev Bras Ed Med**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

TRIVINÓS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2006.

VIDAL, C. A.; QUINONES, J. Integração docente assistencial. **Educação Médica**, v. 20, p. 1-25, 1986.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; EPJV; PROFORMAR, 2004. 68 p.

VYGOTSKI, L. S. Pensamiento y lenguaje. In: VYGOTSKI, L. S. **Problemas de psicología general**: obras escogidas. Madri: Visor, 1993, v. II, p. 11-348.

\_\_\_\_\_. Pensamento e palavra. In: L. S. Vygotski. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ZIBOVICIUS, C. **Implantação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Odontologia no Brasil**: contradições e perspectivas. 2007. 214f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas)–Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE A – TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS – TALP

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Início:** \_\_:\_\_\_ **Término:** \_\_:\_\_\_

Inicialmente será feita uma breve explicação sobre a técnica de associação livre de palavras e os objetivos da mesma. Instruções serão fornecidas antes da aplicação, por não ser uma técnica tão difundida e muitas vezes desconhecida por muitas pessoas.

**I PARTE – EXEMPLO**

Ao participante será distribuído papel branco e lápis e dadas orientações a escrever o que lhe venha à memória quando falarmos a seguinte sentença aleatória: felicidade, estabelecendo o tempo mínimo de três minutos para resposta. Será explicado que essa técnica faz parte da pesquisa e após perceber que houve compreensão da técnica pelo participante, esta será repetida com a utilização dos estímulos presentes neste roteiro.

**II PARTE – PALAVRAS ALVO**

1. FORMAÇÃO
2. PET-SAÚDE
3. PRÁTICAS DE SAÚDE
4. PRECEPTORIA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Início:** \_\_:\_\_ **Término:** \_\_:\_\_

**I PARTE – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Categoria profissional: \_\_\_\_\_
3. Pós-graduação: \_\_\_\_\_
4. Cursos de capacitação nos últimos 2 anos: \_\_\_\_\_
5. Unidade de saúde da família: \_\_\_\_\_
6. Tempo de atuação na unidade de saúde da família: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação na estratégia de saúde da família: \_\_\_\_\_
8. Tempo de preceptoria: \_\_\_\_\_
9. PET-SAÚDE: \_\_\_\_\_
10. Práticas dos preceptores:
  - Oficinas e grupos de promoção à saúde
  - Consultas
  - Reuniões comunitárias
  - Atendimento individual
  - Reunião entre preceptor, tutor e petiano

**II PARTE – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Práticas dos preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: integração ensino, serviço e comunidade
  - a) Práticas de saúde e relação ensino-serviço e comunidade;
  - b) Sentidos e significados do PET-SAÚDE;
  - c) Participação nas atividades enquanto preceptor;
  - d) Facilidades e dificuldades vivenciadas nas práticas no programa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS

Data:

Período:

Aspectos a serem identificados nos relatórios do PET-Saúde da Família

1. Práticas dos preceptores no programa
2. Articulação ensino-serviço e comunidade
3. Atividades interdisciplinares e/ou multiprofissionais
4. Articulação com a rede de serviços
5. Fragilidades e fortalezas; desafios e perspectivas
6. Educação permanente
7. Desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Rafaela Braga Pereira Veloso e Maria Geralda Gomes Aguiar, pesquisadoras da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, estamos convidando você a participar da pesquisa “PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE”, que tem como objetivo analisar as práticas desenvolvidas pelos preceptores do PET-SAÚDE e as formas de integração ensino-serviço e comunidade na ESF em Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um tema atual e importante para sociedade. Os resultados da pesquisa poderão possibilitar mudanças no cenário da formação em saúde da Bahia e estimular o aprimoramento de programas e políticas públicas de formação de pessoal no município de Feira de Santana. Por isso, convidamos você para participar desta pesquisa, respondendo a uma entrevista semiestruturada, esta será realizada em local e horário de sua escolha, que lhe confira privacidade, segurança e sigilo para as suas declarações. Se você se sentir incomodado, intimidado ou algum desconforto, poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. Os possíveis riscos deste estudo são: constrangimento ao lidar com alguma situação desagradável, não possuir afinidade com o pesquisador, lembranças desagradáveis e medo de expor suas ideias. A postura adotada durante a coleta de dados será a de evitar e/ou minimizar os riscos dos participantes da pesquisa e abarcar o maior número de benefícios. Garantimos que não haverá qualquer remuneração, custo ou despesa com a participação na pesquisa, a decisão pela cooperação é livre. Será garantida indenização caso ocorra eventuais danos decorrentes da pesquisa. Caso aceite participar dessa pesquisa não terá seu nome divulgado e nenhum dano físico ou moral, as respostas serão usadas para elaboração de artigos científicos que irão compor o estudo. Caso autorize, as entrevistas serão gravadas, garantimos a escuta da mesma e fica a seu critério modificar e/ou excluir alguns trechos ou a entrevista completa. Os artigos científicos serão divulgados em eventos e publicados em revistas científicas e livros. Os resultados da pesquisa serão apresentados em exposição dialogada para os participantes e demais interessados em local e horário previamente pactuados com os mesmos. Os formulários serão guardados na UEFS por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora orientadora, logo após o material será destruído. Na necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3161-8365 no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) no módulo 6 da UEFS. Endereço: Av. Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte em Feira de Santana - Ba. Caso tenha dúvidas relacionadas aos aspectos éticos, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS através do email, [cep@uefs.br](mailto:cep@uefs.br) ou telefone (75) 3161 - 8067. Se concordar em participar da pesquisa, você deverá assinar este termo de consentimento assim como as pesquisadoras, em duas vias, ficando com uma cópia e a outra com as pesquisadoras. Agradecemos a sua colaboração.

Feira de Santana, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

---

Rafaela Braga Pereira Veloso

---

Participante

## ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE

**Pesquisador:** RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50653215.0.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.418.548

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS com o título "PRÁTICAS DOS PRECEPTORES NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE", proposto por Rafaela Braga Pereira Veloso, sob a orientação da professora Maria Geralda Gomes de Aguiar (pesquisadora colaboradora).

Na introdução, a autora contextualiza sobre a formação e o perfil dos profissionais de saúde e sua atuação no SUS, bem como a importância da educação permanente e do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE) para a integração, ensino serviço e comunidade.

"A formação dos profissionais de saúde é inerente ao processo de consolidação da atenção à saúde no país. Diante disso, são criadas várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um projeto pautado em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população, além da descentralização, hierarquização e participação social" (Informações básicas/Plataforma Brasil,

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8067

**E-mail:** cep@uefs.br

*Jeannarcie*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.418.548

p. 02; Projeto completo, p. 04).

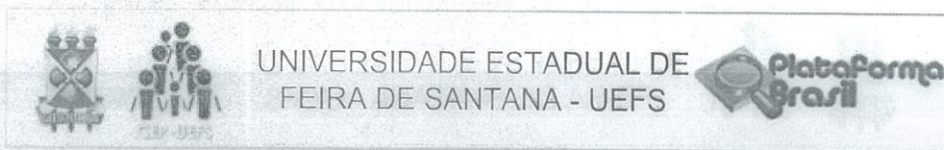
Segundo a pesquisadora responsável, "Com a Política Nacional de Educação Permanente, ocorreu (sic) avanços significativos, uma vez que favoreceu a articulação entre a educação permanente e o processo de regionalização do SUS, garantindo, além de um maior envolvimento dos gestores no processo decisório, o protagonismo dos serviços de saúde. [...] Todavia, acrescenta ela que "A formação dos profissionais de saúde apoiada no modelo [proposto por Abraham Flexner em 1910] e a frágil organização de uma política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS constituem um dos maiores entraves para qualificação e vinculação dos trabalhadores no sistema dentro de uma lógica pautada em práticas integrais e humanizadas". [...] Isso porque "o modelo de ensino flexneriano é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional. Já do ponto de vista político tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades da população" (Projeto completo, p. 14-15).

O projeto propõe um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado mediante entrevista semiestruturada, técnica de associação livre de palavras (TALP) aplicada a 12 (doze) preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET SAÚDE DA FAMÍLIA), e análise documental dos relatórios produzidos no desenvolvimento de atividades do programa, em Feira de Santana, Bahia. A pesquisadora informa em ofício que os participantes da pesquisa serão "profissionais das equipes saúde da família vinculados às unidades de saúde selecionadas que atuaram como preceptores do PET-Saúde da Família, UEFS com atuação de no mínimo dois anos no referido programa. Deste modo, esclarece-se que os profissionais de saúde devem possuir experiência anterior na qualidade de preceptor no PET - Saúde da Família UEFS. Dessa forma, não haverá relação com editais do programa em vigência, pois refere-se a (sic) experiência prévia" (Ofício retorno). Estarão excluídos do estudo "preceptores que tenham sido desligados do programa por qualquer motivo e aqueles que se encontrarem de licença ou de férias por razões diversas" (Projeto completo, p 26).

Sobre a técnica, a pesquisadora informa que o TALP é "uma técnica projetiva não invasiva que atua sobre a estrutura psicológica do sujeito tão somente no sentido de captar imagens, significados, memórias e representações associadas com as palavras alvo de forma espontânea" (Ofício retorno). Com a utilização da TALP em conjunto com a entrevista e a análise documental, "busca[-se]

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

*Feuvarcel*



Continuação do Parecer: 1.418.548

aprofundar as questões do objeto de estudo e colaborar na compreensão do processo de análise e discussão dos dados coletados" (Projeto completo, p. 28).

O estudo terá como cenários as Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas ao PET - Saúde da Família, UEFS, com o mínimo de dois anos da implantação do referido Programa. As USF do estudo serão aquelas localizadas no Feira VI, Novo Horizonte, Matinha dos Pretos e São José, distrito de Maria Quitéria, sendo as duas últimas localizadas na zona rural do município (Projeto completo, p.25).

O projeto informa que serão incluídos como participantes da pesquisa "preceptores que atuam nas unidades de saúde da família vinculadas ao PET-SAÚDE, com atuação por mínimo de dois anos como preceptores" e serão excluídos como participantes "preceptores que tenham sido desligados do programa por qualquer motivo e aqueles que se encontrarem de licença ou de férias por razões diversas" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 26).

Sobre o orçamento, a pesquisadora diz que os equipamentos e material permanente serão disponibilizados pelo Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) já existente neste espaço.

O material de consumo será adquirido pela pesquisadora responsável do projeto, com custos estimados em R\$ 3.305,98 e com contrapartida da instituição proponente. A pesquisa possui cronograma detalhado com início das atividades em 03 de novembro de 2015 e término previsto para 06 de fevereiro de 2017.

#### Objetivo da Pesquisa:

**PRIMÁRIO:** "Analisar as práticas desenvolvidas pelos preceptores do PET-SAÚDE e as formas de integração ensino-serviço e comunidade na ESF em Feira de Santana – Bahia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 06).

**SECUNDÁRIOS:** "Descrever os sentidos e significados atribuídos pelos preceptores às suas práticas no PET-SAÚDE e à integração ensino-serviço e comunidade na ESF em Feira de Santana – Bahia. Identificar as facilidades e dificuldades dos preceptores no desenvolvimento das práticas no PET-SAÚDE em Feira de Santana, Bahia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

*Fea*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.418.548

completo, p. 06-07).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Constrangimento ao lidar com alguma situação desagradável, não empatia com o pesquisador, lembranças desagradáveis e medo de expor suas ideias. A postura adotada durante a coleta de dados será no sentido de evitar e/ou minimizar os riscos dos participantes da pesquisa assim como abarcar o maior número de benefícios nesse processo" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p.30).

"Os possíveis riscos deste estudo são: constrangimento ao lidar com alguma situação desagradável, não possuir afinidade com o pesquisador, lembranças desagradáveis e medo de expor suas ideias. A postura adotada durante a coleta de dados será a de evitar e/ou minimizar os riscos dos participantes da pesquisa e abarcar o maior número de benefícios" (TCLE).

**BENEFÍCIOS:** "Os resultados da pesquisa poderão possibilitar mudanças no cenário da formação em saúde na Bahia, estimular a criação de novas estratégias para reorientação da formação em saúde e aprimoramento do PET-SAÚDE enquanto estratégia para o fortalecimento de qualificação de profissionais para o SUS" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p.30).

"Os resultados da pesquisa poderão possibilitar mudanças no cenário da formação em saúde da Bahia e estimular o aprimoramento de programas e políticas públicas de formação de pessoal no município de Feira de Santana" (TCLE).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa que, por atender às exigências da Resolução 466/12, possui viabilidade ética para sua execução.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo completo, atendendo de forma satisfatória aos critérios estabelecidos pela resolução 466/2012.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br

*Jevarce*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer 1.418.548

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa *satisfaz às exigências da Res. 466/12*. Assim, seu projeto foi *Aprovado*, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. *Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.*

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_619762.pdf	12/01/2016 17:44:43		Aceito
Outros	TCLEnovo.pdf	12/01/2016 17:42:24	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Outros	oficioretorno.pdf	12/01/2016 17:40:42	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Outros	folhaderosto.pdf	12/01/2016 17:28:15	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAM01574.jpg	03/11/2015 17:05:12	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/11/2015 17:03:30	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	03/11/2015 16:32:32	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/11/2015 12:33:02	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2015 12:22:46	RAFAELA BRAGA PEREIRA VELOSO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

*Jeavara*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.418.548

FEIRA DE SANTANA, 22 de Fevereiro de 2016

*Jean Araujo*

Assinado por:

JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO  
(Coordenador)

**CEP - UEFS**

Comitê de Ética em Pesquisa  
Universidade Estadual de F. de Santana

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA E-mail: cep@uefs.br  
Telefone: (75)3161-8067