



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“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”***

*por*

***Teresa Maria Passarella***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

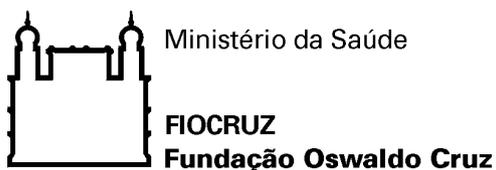
*Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira*

Brasília, junho de 2013.

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

P286 Passarella, Teresa Maria  
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. / Teresa Maria Passarella. -- 2013.  
170 f. : il. ; tab. ; graf.  
  
Orientador: Moreira, Marcelo Rasga  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.  
  
1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Ação Intersetorial.  
3. Educação Superior. 4. Sistema Único de Saúde.  
5. Serviços de Integração Docente-Assistencial.  
6. Saúde da Família. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12



*Esta dissertação, intitulada*

***“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”***

*apresentada por*

***Teresa Maria Passarella***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira - Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 19 de junho de 2013.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Rosa, e ao meu pai, Giovanni (in memorian), meus avós Maria e Filippo (in memorian), simples camponeses italianos que vieram ao Brasil em busca de trabalho, mas que sempre valorizaram a educação e a proporcionaram e estimularam aos filhos, netos, bisnetos, tataranetos...aí está Giovannino, fazendo a roda girar...

Ao meu marido Marcello, pela paciência...

A todos os colegas, amigos, coordenadores, diretores do DEGES/SGTES/MS. Com cada um de vocês, aprendi muito! Um agradecimento especial à equipe de informática, na pessoa de Leonardo Macedo. Sem um sistema de informações efetivo, o PET-Saúde não teria se viabilizado e este trabalho não se realizaria.

Aos parceiros do Fundo Nacional de Saúde e do DATASUS, sempre prestativos e resolutivos quando demandados pela SGTES/MS.

Aos professores da ENSP e do IPEA, pelos ensinamentos que subsidiaram os referenciais teóricos e metodológicos deste trabalho.

Ao professor Marcelo Rasga Moreira e às professoras Eliana Goldfarb Cyrino e Cláudia Regina Lindgren Alves, pelo apoio e pelas dicas para a realização do estudo.

Aos sujeitos da pesquisa, que se dispuseram a dela participar, e que nos seus espaços de trabalho e ensino fazem o Programa acontecer!

*Quando falo em educação como intervenção, me refiro tanto à que aspira a mudanças radicais na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à educação, à saúde, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a História e manter a ordem injusta.*

*Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

Este trabalho versa sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - área temática *Saúde da Família* (PET-Saúde/SF), instituído pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, como uma das estratégias de mudanças na graduação, tendo em perspectiva as necessidades sociais em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Buscou investigar, a partir da percepção de docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde que dele fizeram parte, em que medida o programa promoveu a integração ensino-serviço-comunidade. A opção metodológica foi por um estudo exploratório-descritivo com abordagem quali-quantitativa, utilizando-se técnicas de levantamento em fontes secundárias. Realizou-se pesquisa documental e bibliográfica e foram analisados relatórios de atividades elaborados por coordenadores dos projetos desenvolvidos e questionários eletrônicos preenchidos pelos integrantes dos grupos tutoriais. Os resultados demonstram a contribuição do programa como indutor na articulação entre as instituições de educação superior, os serviços públicos de saúde e a população. Destacaram-se avanços no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, intensificação das ações de intervenção e pesquisa realizadas em unidades básicas de saúde e direcionadas à comunidade, utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, diversificação dos cenários de práticas, ampliação da intersetorialidade, reorganização dos processos de trabalho, promoção da educação permanente, valorização dos profissionais da saúde e das necessidades dos serviços subsidiando as práticas acadêmicas, fortalecimento e dinamização dos mecanismos de financiamento das ações de educação na saúde, e estímulo à produção e disseminação de conhecimentos na área da atenção básica. Fragilidades identificadas no desenvolvimento dos projetos abrangeram aspectos político-estruturais, gerenciais, operacionais e acadêmicos, a exemplo de serviços de saúde não adaptados para realização de ações educativas, baixa institucionalização dos processos avaliativos, precarização de vínculos de trabalho, limitações na liberação dos profissionais da rede para as atividades de ensino, despreparo para o exercício da preceptoria, resistência de profissionais não participantes dos grupos tutoriais, fragmentação intra e interinstitucional das áreas/profissões, pouca flexibilidade das matrizes curriculares, e falta de integração com outras ações de educação pelo trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde; Ação Intersetorial; Educação Superior; Sistema Único de Saúde; Integração Docente-Assistencial.

## ABSTRACT

This research paper focuses on the Professional Internship Program in Health Services and more specifically on one of its thematic areas, Family Health. The Program was established by Brazil's Ministry of Health, through its Secretariat of Labor and Education Management in Health (SGTES/MS), as one of the strategies to adjust the graduation programs taking into consideration the social needs related to health and the National Curriculum Guidelines. This work sought to investigate, from the perception of teachers, students and in-service professionals, to what extent the program promoted the expected integration between teaching-service-community. The methodology chosen to organize and develop the job was an exploratory and descriptive study with a qualitative and quantitative approach, utilizing survey techniques to gather information from secondary sources. In order to perform the task, and in addition to a desk research and a literature search, activity reports prepared by the coordinators of the existing projects and the electronic questionnaires filled out by the members of the tutorial groups were analyzed. The results demonstrate the contribution of the Program as an inducement to strengthening relationships among higher education institutions, health services and the population. Some of the advances that have been observed include the improvement of multidisciplinary and interdisciplinary work processes, the increase in the number of interventions and researches carried out in the primary health care units and focused on the needs of the communities, the use of active teaching and learning methodologies, the diversification of scenarios of practices, the increase in the number of intersectoral actions, reorganization of the work processes, promotion of permanent health education, strengthening of the mechanisms for financing actions of education in health, and promotion of production and dissemination of knowledge in the area of primary care. Weaknesses identified in the development of the projects included political-structural, managerial, operational and academic aspects such as health services not adapted for implementation of educational actions, low institutionalization of evaluation processes, poor employment conditions, unpreparedness for the role of preceptors, resistance by not professional participants of the tutorial groups, institutional fragmentation of the areas/professions, little flexibility in curriculum, and lack of integration with other professional education actions in health.

**Word-key:** Health Public Policy; Intersectorial Action; Higher Education; Unified Health System; Teaching Care Integration Services.

## LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

### *Tabelas*

<i>Tabela 1</i> - Número de mensagens eletrônicas enviadas e de respostas obtidas com o preenchimento do formulário eletrônico estruturado. Brasil, 2012.....	20
<i>Tabela 2</i> - Número de bolsas PET-Saúde/SF 2010/2011 e recursos financeiros repassados – abril de 2010 a março de 2012. Brasil, 2012.....	61
<i>Tabela 3</i> - Execução orçamentária da ação “Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS”. Brasil, 2008 a 2011.....	63
<i>Tabela 4</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa por segmento representado, conforme tempo de participação no Programa. Brasil, 2012.....	69
<i>Tabela 5</i> - Percepção dos participantes da pesquisa sobre os objetivos do Programa, por segmento representado. Brasil, 2012.....	72
<i>Tabela 6</i> - Percepção dos participantes da pesquisa, por segmento representado, sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	74
<i>Tabela 7</i> - Percepção dos participantes da pesquisa, por região do país, sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	74
<i>Tabela 8</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre ter ocorrido controle/participação social nos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	78
<i>Tabela 9</i> - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre ter ocorrido controle/participação social nos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	79
<i>Tabela 10</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre o financiamento do Programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	83
<i>Tabela 11</i> - Percepção dos participantes da pesquisa, por segmento representado, sobre terem recebido regularmente / mensalmente as bolsas PET-Saúde. Brasil, 2012.....	84
<i>Tabela 12</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem sido desenvolvidas atividades de assistência pelos estudantes nos serviços de saúde. Brasil, 2012. ....	91
<i>Tabela 13</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem sido desenvolvidas atividades a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade. Brasil, 2012.....	93
<i>Tabela 14</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012. ....	94
<i>Tabela 15</i> - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012. ....	95
<i>Tabela 16</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da Atenção Primária em Saúde no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	97
<i>Tabela 17</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se ocorreu desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional e interdisciplinar no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	102
<i>Tabela 18</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se ocorreu fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares. Brasil, 2012. ....	107
<i>Tabela 19</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se o Programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Brasil, 2012.....	109
<i>Tabela 20</i> - Avaliação dos integrantes da pesquisa, por segmento representado, sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.....	112
<i>Tabela 21</i> - Avaliação dos integrantes da pesquisa, por região do país, sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.....	112

<i>Tabela 22</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	113
<i>Tabela 23</i> - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	114
<i>Tabela 24</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre de que forma a participação no PET-Saúde repercutiu no desenvolvimento/formação profissional. Brasil, 2012. ....	122
<i>Tabela 25</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre a área em que o PET-Saúde/SF 2010/2011 mais contribuiu para a formação profissional. Brasil, 2012. ....	123
<i>Tabela 26</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se o Programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS. Brasil, 2012..	124
<i>Tabela 27</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012. ....	125
<i>Tabela 28</i> - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012. ....	126
<i>Tabela 29</i> - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre quais aspectos dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	133
<i>Tabela 30</i> - Opinião dos entrevistados, por segmento representado, sobre se gostariam de integrar uma possível nova edição do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012. ....	154

## **Gráficos**

<i>Gráfico 1</i> - Distribuição das Instituições de Educação Superior participantes do PET-Saúde/SF 2010/2011, segundo natureza jurídica. Brasil, 2010. ....	56
<i>Gráfico 2</i> - Distribuição dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011 por unidade da federação, segundo secretaria municipal de saúde proponente. Brasil, 2010. ....	56
<i>Gráfico 3</i> - Distribuição dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011 por região do país. Brasil, 2010. ....	57
<i>Gráfico 4</i> - Número de tutores, preceptores e estudantes participantes dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2011. ....	57
<i>Gráfico 5</i> - Distribuição dos cursos de graduação da área da saúde nos projetos PET-Saúde/SF. Brasil, 2009 e 2010/2011. ....	58
<i>Gráfico 6</i> - Distribuição das pesquisas propostas pelos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011, por linha de pesquisa. Brasil, 2010. ....	59
<i>Gráfico 7</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme formação profissional ou curso de graduação. Brasil, 2012. ....	67
<i>Gráfico 8</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme segmento representado. Brasil, 2012. ....	68
<i>Gráfico 9</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme tempo de participação no Programa. Brasil, 2012. ....	69
<i>Gráfico 10</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme estado da federação. Brasil, 2012. ....	70
<i>Gráfico 11</i> - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme região do país. Brasil, 2012. ....	70
<i>Gráfico 12</i> - Percepção dos participantes da pesquisa sobre os objetivos do Programa. Brasil, 2012. ....	71
<i>Gráfico 13</i> - Percepção dos participantes da pesquisa sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	73
<i>Gráfico 14</i> - Percepção dos entrevistados sobre ter ocorrido controle/participação social no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	78
<i>Gráfico 15</i> - Percepção dos entrevistados sobre o financiamento do Programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	82

<i>Gráfico 16</i> - Percepção dos participantes da pesquisa sobre terem recebido regularmente / mensalmente as bolsas PET-Saúde. Brasil, 2012.....	83
<i>Gráfico 17</i> - Percepção dos entrevistados sobre terem sido desenvolvidas atividades de assistência pelos estudantes nos serviços de saúde. Brasil, 2012.....	90
<i>Gráfico 18</i> - Percepção dos entrevistados sobre terem sido desenvolvidas atividades a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade. Brasil, 2012. ....	93
<i>Gráfico 19</i> - Percepção dos entrevistados sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012. ....	94
<i>Gráfico 20</i> - Percepção dos entrevistados sobre terem participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da Atenção Primária em Saúde no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	97
<i>Gráfico 21</i> - Percepção dos entrevistados sobre se ocorreu desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional e interdisciplinar no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012. ....	102
<i>Gráfico 22</i> - Percepção dos entrevistados sobre se ocorreu fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares. Brasil, 2012.....	107
<i>Gráfico 23</i> - Percepção dos entrevistados sobre se o Programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Brasil, 2012. ....	108
<i>Gráfico 24</i> - Avaliação dos integrantes da pesquisa sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012. ....	111
<i>Gráfico 25</i> - Percepção dos entrevistados sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012. ....	113
<i>Gráfico 26</i> - Percepção dos entrevistados sobre de que forma a participação no PET-Saúde repercutiu no desenvolvimento/formação profissional. Brasil, 2012.....	121
<i>Gráfico 27</i> - Percepção dos entrevistados sobre a área em que o PET-Saúde/SF 2010/2011 mais contribuiu para a formação profissional. Brasil, 2012. ....	122
<i>Gráfico 28</i> - Percepção dos entrevistados sobre se o Programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS. Brasil, 2012.....	124
<i>Gráfico 29</i> - Percepção dos entrevistados sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012. ....	125
<i>Gráfico 30</i> - Percepção dos entrevistados sobre quais aspectos dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012...	133
<i>Gráfico 31</i> - Opinião dos entrevistados sobre se gostariam de integrar uma possível nova edição do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.....	154

### **Quadros**

<i>Quadro 1</i> - Relação dos projetos PET-Saúde/Saúde da Família 2010/2011. Brasil, 2010. ....	53
<i>Quadro 2</i> - Síntese dos aspectos facilitadores e obstáculos observados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011, segundo a opinião dos entrevistados. Brasil, 2012.....	142

### **Figuras**

<i>Figura 1</i> - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. .	51
<i>Figura 2</i> - Sistema de Informações Gerenciais PET-Saúde/SF. Brasil, 2011.....	65
<i>Figura 3</i> - Página eletrônica inicial do PET-Saúde. Brasil, 2012. ....	65

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
APS - Atenção Primária em Saúde  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CEP/ENSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública  
CES - Câmara de Educação Superior  
CGPLAN - Coordenação Geral de Planejamento  
CGR - Colegiado de Gestão Regional  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço  
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico  
CIR - Comissão Intergestores Regional  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CNE - Conselho Nacional de Educação  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
DAB - Departamento de Atenção Básica  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais  
DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde  
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
DSS – Determinantes Sociais da Saúde  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
E-MEC - Sistema de Regulação do Ensino Superior/Ministério da Educação  
ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco  
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais  
FAPESB - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia  
FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo  
FNS - Fundo Nacional de Saúde  
FormSUS - Formulário Eletrônico do Sistema Único de Saúde  
IDA - Programa de Integração Docente Assistencial  
IES - Instituição de Educação Superior  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia  
MEC - Ministério da Educação  
MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NECAAB - Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica  
OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde  
ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS  
PET - Programa de Educação Tutorial

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PET-SAÚDE/SF - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde da Família  
PIASS - Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica  
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica em Saúde  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPA - Plano Plurianual  
PPC - Projeto Pedagógico de Curso  
PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PROEXT - Programa de Extensão Universitária  
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  
PROMED - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas  
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
RDH - Relatório de Desenvolvimento Humano  
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SESU - Secretaria de Educação Superior  
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIGA Brasil - Sistema de Informações sobre Orçamento Público/Senado Federal  
SIG-PET-SAÚDE - Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE  
SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
SIPAR - Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UNA-SUS - Sistema Universidade Aberta do SUS  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
USF - Unidade de Saúde da Família  
VER-SUS - Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	12
<b>2. Considerações Metodológicas</b> .....	16
2.1. Objeto de estudo.....	17
2.2. Objetivos do estudo.....	17
2.3. Levantamento das informações.....	18
2.4. Sistematização e análise das informações.....	22
2.5. Aspectos éticos.....	24
<b>3. Considerações Teóricas e Práticas</b> .....	26
3.1. Políticas Públicas: uma breve revisão da literatura.....	26
3.1.1. <i>Monitoramento e Avaliação das Políticas Públicas</i> .....	30
3.2. A Política de educação na saúde no Brasil e os movimentos de mudanças na graduação.....	33
3.2.1. <i>Educação direcionada ao desenvolvimento humano e econômico sustentável</i> .....	33
3.2.2. <i>Diretrizes Curriculares Nacionais e a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação</i> .....	36
3.2.3. <i>A Educação superior na área da saúde e as necessidades do SUS: há convergência?</i> .....	39
3.2.4. <i>A Educação permanente em saúde</i> .....	43
<b>4. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde</b> .....	47
4.1. Fortalecimento da Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.....	48
4.2. PET-Saúde/Saúde da Família.....	52
<b>5. A Percepção dos Sujeitos Locais do PET-Saúde/Saúde da Família Acerca da Integração Ensino-Serviço-Comunidade</b> .....	67
5.1. Caracterização dos sujeitos locais que responderam aos instrumentos de pesquisa.....	67
5.2. Percepção dos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos do PET-Saúde/SF.....	71
5.3. A construção da agenda de atividades entre as instituições de ensino e os serviços de saúde.....	73
5.4. Controle social e sustentabilidade: há mecanismos que apontam para a institucionalização da integração?.....	77
5.5. As bolsas de educação pelo trabalho para a saúde.....	81
5.6. Práticas dos grupos tutoriais no âmbito da atenção primária em saúde.....	86
5.6.1. <i>Atividades nas Unidades Básicas de Saúde</i> .....	86
5.6.2. <i>Atividades junto à comunidade local</i> .....	92
5.6.3. <i>Desenvolvimento de pesquisas</i> .....	96
5.7. Atuação multiprofissional e interdisciplinar.....	101
5.8. Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem e reestruturações curriculares.....	106
<b>6. Processos Avaliativos no Nível Local: Elementos Facilitadores e Limitantes Identificados no Desenvolvimento dos Projetos PET-Saúde/SF</b> .....	115
6.1. Fortalezas.....	117
6.1.1. <i>Qualificação profissional, das instituições de ensino e dos serviços de saúde, como desdobramento das atividades realizadas</i> .....	121
6.2. Fragilidades e Estratégias de Superação.....	129
<b>7. Análises e Proposições: Refletindo Sobre a Educação pelo Trabalho para a Saúde em um Contexto de Desafios Institucionais</b> .....	141
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	156
<b>ANEXOS</b> .....	162

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990 estabelecem o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação dos profissionais da área<sup>1,2</sup>. Decorridos 25 anos de sua criação, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo exhibe avanços importantes, a exemplo dos programas de vacinação e tratamento da Aids, e conquistas relacionadas à participação social e aos processos de descentralização. Apesar disso, há problemas que persistem, sobretudo no que concerne ao distanciamento entre a formação profissional e as reais necessidades do SUS<sup>3</sup>.

Reconhecendo esse desafio, o Ministério da Saúde (MS) tem destinado apoio técnico e financeiro a projetos, programas e políticas públicas cujos objetivos estão direcionados para a qualificação e adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades sociais em saúde, tendo como eixo a integração ensino-serviço. Os esforços empreendidos nesse sentido podem ser identificados em ações como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE)<sup>4</sup>, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)<sup>5</sup>, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)<sup>6</sup>, o AprenderSUS<sup>7</sup> (que tinha como uma de suas estratégias o curso de especialização a distância para formação de ativadores de processos de mudanças na graduação), o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS)<sup>8</sup>, o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)<sup>9</sup>, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>10,11</sup>.

Em janeiro de 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) - composta pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) - reforçou o foco do Ministério da Saúde no papel fundamental da educação e regulação do trabalho nos serviços de saúde.

Neste contexto, uma das principais estratégias de reorientação da formação profissional induzidas pela SGTES/MS foi a implantação do **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**, em 2007<sup>12</sup>. Direcionado para os cursos de graduação da área da saúde, o programa centra sua atuação nas necessidades de romper com a dicotomia teoria/prática e de promover a integração ensino-serviço-comunidade.

Ao ingressar no Ministério da Saúde em 2004, participei da coordenação do PET-Saúde, trabalhando diretamente no seu gerenciamento, monitoramento e avaliação. A oportunidade de fazer parte da equipe técnica responsável pela indução de ações estratégicas em educação na saúde, mais especificamente relacionadas às mudanças no campo da graduação, despertou o interesse pelo tema e motivou a realização desta dissertação, que partiu da seguinte **pergunta-problema**: em que medida o PET-Saúde está cumprindo seu papel como estratégia de uma política pública responsável por promover a integração ensino-serviço-comunidade?

Como resposta inicial a esta pergunta, há indícios - advindos da experiência empírica de minha atividade profissional - de que o PET-Saúde provoca impactos positivos, em grande parte por ter estabelecido um novo mecanismo de financiamento de ações de educação na saúde no DEGES/SGTES/MS, ao disponibilizar o pagamento de bolsas de educação pelo trabalho diretamente aos sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde). Fiz destes indícios meus **raciocínios hipotéticos** e, buscando superar impressões, dispus-me a testá-los.

Ao cursar o *Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas*, parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tomei contato com o referencial teórico-metodológico que me permitiu realizar a pesquisa e testar os raciocínios hipotéticos, produzindo reflexões que qualificam as respostas à pergunta-problema.

A dissertação analisa os resultados dessa pesquisa desenvolvida por minha equipe na SGTES/MS, na qual se buscou investigar a concretização da integração ensino-serviço-comunidade a partir da percepção de integrantes que participaram dos projetos PET-Saúde no nível local. Considerando a amplitude do programa, optou-se por delimitar seu estudo em relação às áreas temáticas e períodos envolvidos. Deste modo, o trabalho manteve seu foco no desenvolvimento do PET-Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/SF)<sup>13,14</sup>, entre abril de 2010 e março de 2012<sup>1</sup>.

Produto da pesquisa realizada, o presente estudo justifica-se, portanto, devido à responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação dos trabalhadores para a saúde, em articulação com o Ministério da Educação (MEC), e à

---

<sup>1</sup> 111 projetos selecionados a partir do edital nº 18/2009.

necessidade de integrar o ensino da saúde, o exercício de suas ações e serviços, a condução da gestão e o controle social. A análise de seus resultados poderá oferecer subsídios e possibilitar aos gestores federais da educação na saúde a avaliação do programa no que se refere a sua contribuição ao processo de mudanças na graduação com foco na integração ensino-serviço-comunidade, permitindo aprimorar seu desenvolvimento e corrigir rumos, caso necessário.

Os capítulos seguintes expõem os procedimentos, resultados, análises e reflexões produzidos pela pesquisa, assim dispostos:

O **Capítulo 2** aborda o objeto de estudo e os objetivos do trabalho, além do processo de definição do método adotado para atingir cada um dos objetivos propostos. Desta forma, a técnica utilizada para o levantamento, a sistematização e a análise dos dados identificados na pesquisa sobre o PET-Saúde/SF está descrita de forma pormenorizada, bem como os aspectos éticos envolvidos.

Algumas considerações teóricas estão apresentadas no **Capítulo 3**, que discorre sobre políticas públicas, apontando para a importância de seu monitoramento e avaliação. Esse capítulo ainda destaca o campo da educação na saúde, mais especificamente os movimentos de mudanças na graduação ocorridos na história recente do país, que têm como referência as necessidades sociais em saúde<sup>15</sup>, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) instituídas pelo Ministério da Educação<sup>16</sup>, a educação permanente e os princípios que regem o Sistema Único de Saúde<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, como um dos produtos do estudo, o **Capítulo 4** apresenta o PET-Saúde enquanto uma das estratégias governamentais que integram a política de educação na saúde implementada pelo DEGES/SGTES/MS. Estão descritos um pouco de seu histórico, objetivos, legislação, parcerias envolvidas, instituições de ensino e cursos participantes, mecanismos de gerenciamento, comunicação e financiamento, dentre outros elementos que buscam desvelar o processo de formulação, desenvolvimento e monitoramento do programa, sob o ponto de vista da gestão federal.

Como o estudo foi centrado no PET-Saúde/Saúde da Família, a quase totalidade das informações apresentadas restringe-se aos participantes selecionados pelo edital nº 18/2009, que desenvolveram atividades no biênio 2010/2011, utilizando unidades básicas de saúde como cenários de práticas<sup>13,14</sup>. O fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), considerando sua importância como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde no SUS, também mereceu reflexões no capítulo em questão<sup>17,18,19</sup>.

Do mesmo modo, os **Capítulos 5 e 6** apresentam resultados desta dissertação. O **Capítulo 5** aborda a caracterização dos sujeitos da pesquisa e sua percepção sobre os objetivos do PET-Saúde/Saúde da Família, a construção da agenda de atividades entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, as práticas dos grupos tutoriais no âmbito da APS, a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de aspectos relacionados ao financiamento, controle social e sustentabilidade. Por sua vez, o **Capítulo 6** apresenta, como resultado de processos avaliativos realizados no nível local, as fortalezas e fragilidades identificadas pelos integrantes dos grupos tutoriais no desenvolvimento dos projetos, e algumas estratégias, por eles propostas, para o enfrentamento das dificuldades encontradas.

Reflexões e análises sobre o desenvolvimento do programa, bem como algumas proposições visando seu aprimoramento, também foram elaboradas com base nos resultados do estudo, e estão expressas no **Capítulo 7**, como uma contribuição para a gestão federal da educação na saúde.

## 2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A opção metodológica foi por um estudo exploratório-descritivo com abordagem quali-quantitativa. Gil<sup>20</sup> aponta que na maioria dos casos, as pesquisas exploratórias envolvem levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Segundo o autor, são incluídas no grupo de pesquisas descritivas, aquelas “que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”<sup>20</sup>.

Minayo<sup>21</sup> trata a pesquisa como “uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”. A autora destaca que o caminho metodológico da pesquisa, ao explorar as informações identificadas, deve seguir passos que incluem: (1) a ordenação e organização horizontal dos dados; (2) a classificação e apreensão das ideias centrais; e (3) análise e interpretação dos achados<sup>21</sup>. Por sua vez, Triviños<sup>22</sup> ressalta a importância da realização de pesquisas qualitativas e trata suas questões como perguntas norteadoras, definidas a partir do problema e dos objetivos da investigação.

A presente dissertação pautou-se por essa estratégia metodológica e foi construída utilizando-se técnicas de levantamento em fontes secundárias, a partir da sistematização e análise de dados produzidos pelo DEGES/SGTES/MS no processo cotidiano de monitoramento realizado pela equipe técnica que gerencia o PET-Saúde.

Conforme enunciado anteriormente, a **pergunta-problema** que deflagra o estudo é: *em que medida o PET-Saúde está cumprindo seu papel como estratégia de uma política pública responsável por promover a integração ensino-serviço-comunidade?*

Como essa pergunta tem uma abrangência ampla, que extrapola as possibilidades de concretização para esta dissertação, foi necessário realizar alguns recortes.

Em primeiro lugar, optou-se por restringir o PET-Saúde à temática “*Saúde da Família*”. Tal escolha justifica-se pelo expressivo quantitativo de integrantes do programa que, apenas atuando na área da APS, representou um universo de aproximadamente 18 mil pessoas, como será detalhado mais adiante. Pelo mesmo motivo, foi realizado um recorte temporal ao se delimitar o período compreendido entre abril de 2010 e março de 2012.

Como último recorte, optou-se por investigar a percepção dos participantes que compõem os grupos PET-Saúde/SF no nível local, ou seja, docentes, profissionais e estudantes dos cursos de graduação da área da saúde. A escolha deu-se em função de

serem eles os atores que efetivamente estão envolvidos na articulação entre os processos formativos e os cenários de práticas, sujeitos que podem transformar a realidade nos seus espaços de ensino e trabalho, como agentes da qualificação da formação e da atenção à saúde.

Realizados os recortes, foi possível definir o objeto de estudo.

## **2.1. Objeto de Estudo**

A percepção dos sujeitos integrantes do PET-Saúde/SF no nível local (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde), no período de abril de 2010 a março de 2012, acerca da integração entre as instituições de ensino, os serviços públicos de saúde e a comunidade, no processo de reorientação da formação profissional em saúde.

Definido o objeto de estudo, faz-se necessário identificar os objetivos da pesquisa.

## **2.2. Objetivos do Estudo**

### **▪ Objetivo Geral**

Analisar, a partir da percepção dos sujeitos integrantes do PET-Saúde/SF no nível local (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde), no período de abril de 2010 a março de 2012, em que medida este programa promoveu a estratégia governamental de integração entre as instituições de ensino, os serviços públicos de saúde e a comunidade.

Para a consecução de um objetivo geral de pesquisa é necessário levantar, sistematizar e analisar um leque de informações primárias e secundárias. Tais procedimentos precisam estar relacionados entre si, num processo que orienta o trabalho do pesquisador e encadeia seus passos. Além disso, precisam ser construídos de maneira a permitir que, uma vez concluídos adequadamente, a articulação de suas reflexões e resultados viabilize o alcance do objetivo geral. Surgem, assim, os objetivos específicos de uma pesquisa.

### **▪ Objetivos Específicos**

OE1) Caracterizar o PET-Saúde/SF, enfatizando seu processo de implantação;

OE2) Sistematizar a percepção dos sujeitos integrantes dos projetos no nível local (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde), em relação ao PET-Saúde/SF como estratégia de integração ensino-serviço-comunidade; e

OE3) Analisar, a partir da sistematização produzida em OE2, fortalezas e fragilidades encontradas no desenvolvimento do PET-Saúde/SF, propondo recomendações para aprimorar sua gestão no nível federal.

Apresentados os objetivos geral e específicos, faz-se necessário discutir o processo de levantamento, sistematização e análise das informações, a fim de que se compreenda o passo-a-passo da pesquisa, seus avanços e limitações.

### 2.3. Levantamento das Informações

Para atingir o primeiro objetivo específico proposto (OE1) - *caracterizar o PET-Saúde/SF, enfatizando seu processo de implantação* - foi realizada pesquisa em fontes secundárias de caráter documental<sup>21</sup>, sobretudo nas normatizações pertinentes. Essa legislação<sup>II</sup> foi produzida pela SGTES/MS e é de livre e pleno acesso a qualquer pessoa, podendo ser obtida na página eletrônica [www.saude.gov.br/sgtes/petsaude](http://www.saude.gov.br/sgtes/petsaude) ou, assim como qualquer outra informação relativa ao programa, enviando mensagem para o e-mail institucional [petsaude@saude.gov.br](mailto:petsaude@saude.gov.br) ou, ainda, entrando em contato telefônico com os técnicos responsáveis por sua condução no Ministério da Saúde.

Além disso, recorreu-se à pesquisa bibliográfica na medida em que houve a necessidade de tornar claros determinados conceitos e categorias expressos e/ou subjacentes aos documentos estudados<sup>21</sup>.

Para a consecução do OE2 – *sistematizar a percepção dos sujeitos integrantes dos projetos no nível local (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde), em relação ao PET-Saúde/SF como estratégia de integração ensino-serviço-comunidade* - foram utilizadas informações levantadas entre abril e agosto de 2012 por minha coordenação no DEGES/SGTES/MS, responsável institucional pelo monitoramento do PET-Saúde/SF. Neste contexto, faz-se necessária uma síntese explicativa desse processo.

Realizado pelo DEGES/SGTES/MS, este monitoramento, que tem abrangência nacional, utilizou-se da técnica de *investigação a distância*, na qual um questionário eletrônico é enviado para um grupo de respondentes que, pelo número e/ou pela dificuldade de acesso direto, não podem ser reunidos para a realização de uma entrevista ou de grupos focais.

O referido instrumento foi construído por meio do FormSUS, sistema desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS) e que

---

<sup>II</sup> Portarias e editais que regulamentam o PET-Saúde e estabelecem orientações e diretrizes técnico-administrativas e para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria.

tem sido utilizado rotineiramente pelos técnicos do DEGES/SGTES/MS. Ao mesmo tempo em que permite o levantamento de informações, esse formulário eletrônico propicia a geração de banco de dados e relatórios por profissionais de instituições públicas, em particular relacionados às finalidades do SUS, e possibilita autonomia para criar e modificar questionários por meio de uma interface simples, sendo necessários apenas uma conexão com a internet e um navegador.

Para identificar os sujeitos que interessavam à pesquisa, busquei, num primeiro momento, mapear todos os projetos PET-Saúde/SF desenvolvidos no biênio 2010/2011 monitorados pelo DEGES/SGTES/MS e que atingiram o quantitativo de 111.

Num segundo momento, tive que identificar os participantes destes 111 projetos, integrantes de 484 grupos tutoriais, cada um deles formado por 1 tutor acadêmico, 30 estudantes (12 bolsistas e 18 voluntários) e 6 preceptores (profissionais dos serviços, no caso, de unidades básicas de saúde), totalizando 17.908 pessoas<sup>III</sup>.

Estes participantes, em função das demandas do DEGES/SGTES/MS, participaram do monitoramento do programa de diferentes maneiras e por diferentes estratégias. Assim, o terceiro momento envolveu a identificação dessas estratégias e a seleção das que interessavam aos objetivos desta dissertação.

Os **coordenadores** dos projetos responderam a um **instrumento semi-estruturado (Anexo I), referente ao Relatório Final PET-Saúde/SF 2010/2011 (atividades desenvolvidas no período entre abril de 2010 e março de 2012).**

Estes mesmos **coordenadores**, assim como os **docentes (tutores acadêmicos), estudantes (bolsistas e voluntários) e os profissionais dos serviços (preceptores)**, responderam a um **questionário estruturado (Anexo II).**

Os formulários foram enviados aos endereços eletrônicos que constavam nos cadastros dos participantes do PET-Saúde/SF, no biênio 2010/2011, inseridos no Sistema de Informações Gerenciais – SIG-PET-Saúde<sup>IV</sup>. Cabe destacar aqui a importante contribuição da equipe de informática do departamento, cujo trabalho proporcionou a viabilização de um sistema que concentra informações cadastrais e técnicas de fundamental importância para o gerenciamento do programa. Pode parecer um tanto óbvio, mas nossa prática profissional demonstrou as dificuldades encontradas

---

<sup>III</sup> Os gráficos 2,3 e 4, que constam no capítulo 4 deste trabalho, apresentam o total de integrantes por categoria de participação e a distribuição dos projetos por unidade da federação e por região do país.

<sup>IV</sup> Considerando que houve substituições de participantes no período de dois anos de execução do PET-Saúde/SF 2010/2011, encontravam-se cadastrados no SIG-PET-Saúde 115 coordenadores, 562 tutores, 3255 preceptores, 7327 estudantes bolsistas e 8128 estudantes voluntários.

no cotidiano de trabalho para que os sistemas sejam adequadamente construídos, regularmente alimentados e suas informações atualizadas, em especial quando é necessário que isso ocorra tanto no nível federal da gestão pública, quanto no nível local, com interação constante entre ambos, processo que envolve múltiplos atores.

Do total de 111 coordenadores dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011, 107 (96,4%) responderam o instrumento semi-estruturado. A primeira mensagem eletrônica em que constava o link para acesso ao questionário foi enviada em 4 de abril de 2012, com prazo até 15 de maio de 2012 para o preenchimento. Outras duas mensagens foram encaminhadas após esse prazo inicial, com prorrogações que se estenderam até 31 de julho de 2012.

Após esse prazo final, três coordenadores não enviaram os relatórios finais de atividades, a despeito das mensagens de mobilização. Um coordenador afirmou ter preenchido o questionário eletrônico e, de fato, nos encaminhou o número do protocolo que é gerado pelo FormSUS após a conclusão de seu preenchimento. No entanto, não foi possível sua localização entre os registros que se encontravam disponíveis para visualização aos gestores do formulário em questão, no caso, técnicos do DEGES/SGTES/MS. Essa situação foi relatada à equipe responsável pelo FormSUS-DATASUS, para averiguação do erro observado, como já havia ocorrido em duas ocasiões anteriores durante a operacionalização de outros formulários eletrônicos também utilizados em nosso processo de trabalho.

No que se refere ao questionário estruturado, a tabela 1 apresenta o quantitativo de mensagens enviadas pelo DEGES/SGTES/MS (para acesso dos bolsistas PET-Saúde/SF ao formulário eletrônico), e de respondentes, por categoria de participação no programa.

**Tabela 1 - Número de mensagens eletrônicas enviadas e de respostas obtidas com o preenchimento do formulário eletrônico estruturado. Brasil, 2012.**

Categoria de Participação no PET-Saúde/SF 2010/2011	E-mails enviados para acesso ao FormSUS		Número e Percentual de Respostas Preenchimento do FormSUS	
	n		n	%
Coordenador	115		105	91,30
Tutor Acadêmico	562		366	65,12
Preceptor	3255		1768	54,32
Estudante Bolsista	7327		3964	54,10
<b>TOTAL</b>	11259		6203	55,10

Fonte: DEGES/SGTES/MS.

Ainda, 1509 estudantes voluntários do programa também responderam a esse questionário, totalizando, desta forma, 7712 respondentes.

Igualmente neste caso, houve tentativas de mobilização dos participantes. Uma primeira mensagem eletrônica com o link para acesso ao formulário foi enviada pelo DEGES/SGTES/MS em 4 de junho de 2012, com prazo até 10 de julho de 2012 para o preenchimento. Novo e-mail prorrogou esse prazo inicial até 6 de agosto de 2012, quando chegamos ao resultado demonstrado na tabela 1.

Uma dificuldade encontrada nesse processo diz respeito a endereços eletrônicos cadastrados erroneamente no SIG-PET-Saúde, que se revelaram incompletos, inexistentes ou com erros de digitação. Infelizmente, do total de mensagens enviadas para acesso ao questionário estruturado, cerca de 2.000 não chegaram aos potenciais respondentes, “retornando” para o endereço de origem, no caso, o e-mail institucional: petsaude@saude.gov.br. Esses cadastros de participantes do programa são feitos no nível local, geralmente por funcionários administrativos designados pelos coordenadores dos projetos, após a liberação de acesso ao sistema de informações em prazos estipulados pela equipe responsável pelo PET-Saúde no DEGES/SGTES/MS. Se essas falhas não tivessem ocorrido, o número de devolutivas poderia ter sido ainda maior.

Observe-se que não foi realizado um estudo censitário, mas a intenção da pesquisa foi alcançar o maior quantitativo possível de respondentes, partindo-se da premissa que suas percepções pudessem refletir aquelas do universo global de integrantes do programa. Por esse motivo, na etapa de planejamento deste trabalho, não se fez a opção por coletar informações a partir de amostragens estratificadas ou aleatórias, e sim, por ouvir o maior número/diversidade possível de participantes dos projetos locais e por não recusar nenhuma resposta. Ao se obter elevados percentuais de retorno, o estudo foi orientado pelo conceito de diferenças relevantes pela magnitude e as observações obtidas foram de fato consideradas suficientes para a análise e avaliação dos resultados.

O **universo de estudo deste trabalho**, portanto, abrangeu **107 relatórios finais de atividades** elaborados por coordenadores do PET-Saúde/SF 2010/2011 (via instrumento semi-estruturado) e **7.712 formulários** (com questões fechadas) preenchidos também pelos coordenadores e, em número muito mais significativo, por estudantes, preceptores e tutores, tendo em vista a citada proporção exigida entre os integrantes dos grupos tutoriais.

A pesquisa documental e bibliográfica também foi utilizada para fundamentar a análise proposta no terceiro objetivo específico (**OE3**) - *analisar, a partir da*

*sistematização produzida em OE2, fortalezas e fragilidades encontradas no desenvolvimento do PET-Saúde/SF, propondo recomendações para aprimorar sua gestão no nível federal.* Uma multiplicidade de dados surge naturalmente no processo de investigação. Sendo assim, a leitura de autores clássicos e diretamente relacionados com a temática possibilita a apropriação de conceitos e a ordenação, sistematização, análise e interpretação das informações identificadas a partir de relatos dos atores que vivenciam, no cotidiano do processo de ensino-aprendizagem, a realidade da integração ensino-serviço-comunidade, com todos os seus aspectos desafiadores.

A análise explicitada no **OE3** buscou, portanto, mapear elementos facilitadores e obstáculos encontrados no desenvolvimento do PET-Saúde/SF, o que fundamentou a elaboração de proposições visando aperfeiçoar sua gestão.

A efetivação dos três objetivos específicos permitiu concretizar o alcance do objetivo geral do estudo, ao demonstrar, a partir do olhar dos sujeitos integrantes dos grupos tutoriais, em que medida o programa vem contribuindo para a integração entre as instituições de educação superior, os serviços públicos de saúde e as necessidades da população.

#### **2.4. Sistematização e análise das informações**

O sistema FormSUS gera relatórios com os dados resultantes dos questionários preenchidos, que podem ser acessados em qualquer momento pelos gestores dos formulários. Isso favoreceu o monitoramento da pesquisa e o trabalho de sistematização das informações levantadas.

Os dados obtidos a partir das respostas dos 7712 entrevistados às questões do formulário estruturado (Anexo II) foram sistematizados em gráficos e tabelas, elaborados com distribuição de frequência (absoluta e percentual) e dispostos ao longo dos capítulos que apresentam os resultados da pesquisa.

Os primeiros resultados do FormSUS são apresentados para todas as fichas e campos, mas o sistema ainda oferece uma opção de filtro de busca que possibilita selecionar apenas novos critérios ou novos campos. Esse dispositivo foi por mim utilizado para permitir que a sistematização e análise dos resultados pudessem ser elaboradas não só a partir das respostas gerais de todos os respondentes, mas também por categoria de participação no programa e por estado/região do país. Muitos outros

filtros poderiam ser utilizados, o que possibilitaria uma série de novos estudos com objetivos específicos distintos.

No que se refere aos 107 relatórios finais de atividades dos grupos tutoriais, cujas questões eram na sua maioria abertas, as respostas foram transportadas do FormSUS para uma planilha Excel, o que facilitou a visualização, a organização dos dados e a posterior análise qualitativa dos mesmos. A leitura cuidadosa das informações coletadas permitiu apreender as principais ideias expressas pelos coordenadores sobre o desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF, também apresentadas nos capítulos com os dados da pesquisa.

Alguns trechos dos relatórios, aqueles considerados mais relevantes e representativos das manifestações dos coordenadores como um todo, foram transcritos na forma de citações diretas, apresentadas entre aspas e formatadas em itálico, no sentido de favorecer o entendimento e dar significado ao texto, mantido o anonimato quanto à identificação dos participantes.

As questões desse formulário foram construídas a partir de uma estrutura organizada em 4 (quatro) dimensões, conforme pode ser observado no Anexo I: (1) articulação ensino-serviço-comunidade e sustentabilidade; (2) vinculação do estudante com o serviço e prioridades locais/regionais; (3) articulação da pesquisa com a qualificação da formação; e (4) fragilidades e fortalezas; desafios e perspectivas.

Para a elaboração deste estudo foram selecionadas para análise aquelas mais diretamente relacionadas a seu objetivo geral, ou seja, questões centradas na dimensão que pretendeu identificar se efetivamente ocorreu, nos projetos desenvolvidos no biênio 2010/2011, a integração entre as instituições de ensino, os serviços públicos de saúde e a comunidade.

A análise de conteúdo buscou a compreensão do objeto, seus significados e intencionalidades contidas nas respostas aos questionários. Em um primeiro momento procurou-se ordenar os dados, envolvendo sua sistematização e releitura, com a eleição das categorias analíticas. Um segundo momento constituiu-se na classificação dos dados, favorecendo a identificação de ideias centrais dos atores sociais sobre o tema e as deduções lógicas (inferências). Por fim, em um terceiro momento procedeu-se à análise final, com esforço interpretativo e significação das categorias/características para “partir do aparente caos das informações recolhidas no campo para fazer delas, ao mesmo

tempo, uma revelação de sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e, mais que isso, de expressão da visão social de mundo”, conforme metodologia proposta por Minayo<sup>20</sup>.

Deste modo, após agregações dos dados por semelhança temática, e tendo em perspectiva os objetivos do estudo, os resultados das entrevistas estão apresentados nos Capítulos 5 e 6, respectivamente: **“A percepção dos sujeitos locais do PET-Saúde/Saúde da Família acerca da integração ensino-serviço-comunidade”** e **“Processos avaliativos no nível local: elementos facilitadores e limitantes identificados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF”**. Esses capítulos contêm subcategorias específicas, que estão apresentadas em tópicos ao longo dos mesmos, visando à organização dos achados.

## 2.5. Aspectos Éticos

Conforme determinado na Resolução CNS nº 196/1996, os quatro preceitos que devem ser atendidos por pesquisas no campo da saúde envolvem o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e a relevância social com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade)<sup>23</sup>.

Este trabalho contemplou plenamente a esses preceitos e diretrizes, sendo dispensado de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) por lidar exclusivamente com fontes secundárias de acesso público. Importante ressaltar que o monitoramento feito pelo DEGES/SGTES/MS – que também seguiu os preceitos da ética em pesquisa – é de acesso livre para qualquer cidadão, o que o caracteriza como fonte pública. A Lei de Acesso a Informações<sup>V</sup> amplia esta característica, criando os mecanismos adequados para que os cidadãos possam ter acesso à informação e, ao mesmo tempo, obrigando os gestores a fornecê-las em tempo hábil e adequado.

Tal dispensa não exime esta pesquisadora de manter o esmero ético em todas as suas atividades. Neste sentido, reitera-se que ao se trabalhar com o banco de dados

---

<sup>V</sup> Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas.

produzido pela SGTES/MS, não foi analisado nenhum item que pudesse gerar identificação pessoal e/ou profissional, trabalhando-se a partir de agregações que não objetivaram revelar posições de indivíduos, mas sim, tendências gerais de respostas.

### 3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

Neste capítulo apresenta-se uma revisão de literatura caminhando de uma abordagem mais teórica – sobre políticas públicas - para uma mais prática – sobre educação e saúde no Brasil. Neste trajeto, buscou-se sistematizar as opções teóricas estudadas durante o Mestrado e as que foram adotadas nesta dissertação, bem como algumas categorias e conceitos que norteiam a educação em saúde no país.

Desta forma, parte-se da revisão sobre “*Políticas Públicas*” e “*Monitoramento e Avaliação das Políticas Públicas*”, como introdução à “*Política de educação na saúde no Brasil e os movimentos de mudanças na graduação*”, em que se discorre sobre a “*Educação direcionada ao desenvolvimento humano e econômico sustentável*”, as “*Diretrizes Curriculares Nacionais e a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação*”, a “*Educação superior na área da saúde e as necessidades do SUS*”, até o desfecho que apresenta alguns importantes fundamentos da “*Educação permanente em saúde*”. Sem este percurso não seria possível construir o arcabouço teórico para analisar as informações sobre o PET-Saúde/SF obtidas a partir do olhar dos sujeitos da pesquisa.

#### 3.1. Políticas Públicas: uma breve revisão da literatura

O campo de conhecimento denominado *políticas públicas* vem sendo objeto de constantes estudos nas últimas décadas em países como o Brasil. Aspectos relacionados aos processos que regem sua decisão, formulação, implementação, monitoramento e avaliação ganharam maior importância e visibilidade, em especial nos países em desenvolvimento. Dye<sup>24</sup>, sinteticamente, define políticas públicas como “o que os governos decidem fazer ou não fazer” e Peters<sup>25</sup> as caracteriza como a soma das atividades dos governos (agindo diretamente ou por delegação) que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, são formas de intervenção na realidade condicionadas por expectativas sociais.

Laswell<sup>26</sup>, ainda nos anos 30 do século passado, introduz o termo *policy analysis* (análise de políticas públicas). Lindblom<sup>27,28</sup> (1959, 1979) destacou o papel de certas variáveis no processo de formulação e análise de políticas, como as relações de poder representadas por partidos políticos, burocracias e grupos de interesse. Easton<sup>29</sup> (1965) ampliou o escopo de sua compreensão ao definir a política pública como um sistema, ressaltando as relações entre sua formulação, seus resultados e o ambiente. Nessa perspectiva, Souza<sup>30</sup> observa:

*“A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”<sup>30</sup>.*

Fato é que, por repercutirem diretamente na sociedade e sua economia, políticas públicas não podem ser delineadas de forma dissociada destas últimas. Poulantzas<sup>31</sup> aponta que Estado, sociedade, política e economia apresentam uma inter-relação histórica. Não há como, portanto, considerá-las de forma descontextualizada de um projeto político e de teorias construídas no campo da sociologia, das ciências políticas e da economia.

Para sua melhor compreensão, é necessário levar em conta alguns aspectos: políticas públicas são geradas por uma série de interações entre decisões mais ou menos conscientes de diversos atores sociais (e não somente dos tomadores de decisão); envolvem tanto intenções, quanto comportamentos e tanto ação como não-ação; podem determinar impactos não esperados; envolvem relações intra e inter-organizações e múltiplos atores de diferentes campos de conhecimento<sup>32</sup>.

A discussão sobre políticas públicas tem início na reflexão sobre os motivos pelos quais determinadas ideias novas entram na agenda governamental e outras não, ou seja, sobre os condicionantes das mudanças ou da adoção de novas políticas públicas a partir do reconhecimento de que uma questão social é de fato um problema público e, portanto, da necessidade de intervenção governamental para sua solução.

Uma contribuição ao debate pode ser observada no conceito de *policy window* apresentado por Kingdom<sup>33</sup> em seu estudo sobre agenda governamental, alternativas e políticas públicas, que busca identificar condições que geram a abertura de “janelas de oportunidade”. Segundo o autor, um dos fatores que fazem com que uma pauta entre na agenda política e outras sejam negligenciadas, bem como determinadas propostas/alternativas recebam mais atenção que outras, diz respeito aos participantes/atores relacionados com as temáticas<sup>33</sup>.

Kingdom<sup>33</sup> destaca que muitos desses atores estão envolvidos no modelo por ele formulado, chamado *multiple streams model*. Nesse modelo, em que a mudança da agenda é o resultado da convergência que abrange três fluxos: problemas (*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*), preocupa-se fundamentalmente com a formação da agenda (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*). O autor considera que os indivíduos identificam e concentram sua atenção em determinados problemas (ignorando outros), elaboram

propostas para mudanças nas políticas públicas e militam em atividades políticas, como no caso de campanhas eleitorais e grupos de “lobistas”<sup>33</sup>.

Para ele, cada participante (seja o presidente da república, congressistas, burocratas, civis, lobistas, jornalistas, ou membros da academia) pode, em princípio, estar envolvido em cada um dos processos desses múltiplos fluxos, como na identificação dos problemas, na elaboração de propostas para seu enfrentamento ou na política “propriamente dita”. Nesse sentido, um mobilizado grupo de oposição a uma determinada agenda governamental pode pressionar até “derrubá-la” da lista de prioridades ou até mesmo excluí-la da agenda.

Da mesma forma, Capella<sup>34</sup> analisa como questões específicas se tornam importantes em determinados momentos, despertando a atenção dos formuladores de políticas e passando a integrar a agenda governamental, bem como a influência dos diferentes atores nesse processo.

A demonstração das fases que compõem um processo dinâmico e interdependente das políticas públicas, o denominado “ciclo de vida” (*policy cycle*) de programas e políticas, tem sido utilizada por diversos autores como proposta de método analítico, não obstante críticas em relação à forma simplificada de apresentação do processo<sup>35</sup>.

O primeiro momento é justamente a definição da agenda política (*agenda-setting*). A fase seguinte refere-se à formulação de programas e políticas (*policy formulation*) para a construção de possíveis soluções (as alternativas estudadas por Kingdom<sup>33</sup>), com o estabelecimento de objetivos e estratégias para o enfrentamento dos problemas identificados e legitimados na agenda. O terceiro momento é o da tomada de decisão (*decision making*), em que uma ou algumas das alternativas formuladas são escolhidas. Os empenhos governamentais com aportes técnicos e financeiros para a implementação dos programas/políticas (*policy implementation*) constituem-se na fase seguinte do ciclo, em que normas, rotinas e processos são convertidos do campo das intenções para ações. O quinto momento, de avaliação (*policy evaluation*), busca identificar se os esforços empreendidos para solucionar o problema inicial surtiram efeitos positivos, com eventual correção dos rumos dos programas/políticas, em caso contrário. Avalia-se, então, se os programas/políticas devem sofrer mudanças em suas ações para ganhar efetividade; se devem ser descontinuados em função de seu fracasso ou por terem deixado de fazer parte da agenda governamental (o problema foi superado, por exemplo); ou, ainda, se devem ser adaptados frente a uma nova realidade, reiniciando o ciclo<sup>35</sup>.

Frey<sup>36</sup> também considera que um elemento importante da abordagem da *policy analysis* é o chamado *policy cycle*. Para o autor:

*“Ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o policy cycle acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública. As várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase”<sup>36</sup>.*

O *policy cycle*, portanto, para além dos aspectos gerenciais e estruturais, envolve questões estratégicas, políticas e comportamentais, com a participação de diversos atores. São momentos de intensa negociação, nos quais os conflitos de interesse emergem e interferem diretamente na legitimidade e sustentabilidade das políticas públicas, numa permanente (re)construção de pactos e novos processos decisórios.

Os governos têm sido pródigos na formulação de novas estratégias que envolvem legislações/normatizações, mas, em geral, é no momento da implementação das ações que a maioria dos problemas surge. Há uma distinção frequentemente adotada na gestão de políticas públicas entre os idealizadores/formuladores da política, aos quais se atribui o mérito do “trabalho intelectual”, e os implementadores, considerados aqueles que operacionalizam as ações, projetos ou programas dela decorrentes<sup>37</sup>. A meu ver, essa fragmentação está equivocada e propicia resultados não satisfatórios ao reduzir os impactos do *policy cycle* na efetivação das mudanças desejadas.

Ao contrário, entendo que o *policy cycle* deve considerar elementos de aprendizagem, que levam em conta a transformação e a evolução das políticas públicas. Assim sendo, a implementação, monitoramento e a avaliação devem ocorrer como um processo contínuo de *policy learning* (aprendizado na implementação das políticas). Essa abordagem enfatiza a implementação como decisão política, em que grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados (*stakeholders*), redes de formuladores e implementadores, e beneficiários dão sustentação e legitimidade social às políticas públicas. Trata-se, portanto, de um complexo mecanismo de engenharia social envolvendo distintos atores intra e interinstitucionais que interagem na arena política. Bem concebido e operado, permite aos executores das ações/programas a tomada de decisões com potencial de favorecer seu sucesso. Desta forma, a implementação da política pode orientar novas políticas e está fortemente imbricada em estruturas de governança. Conforme Silva e Melo<sup>37</sup>:

*“O policy cycle deve ser visto como um campo estratégico no qual observa-se uma relativa indistinção entre não só os implementadores e os formuladores, mas também a população meta de um programa”<sup>37</sup>.*

O desenho de coalizões de defesa (*advocacy coalitions*) proposto por Sabatier<sup>38</sup> também deve ser lembrado, pelo destaque dado às ideias, crenças e valores no processo de formulação das políticas públicas, na tentativa de compreensão sobre os motivos das mudanças em seus rumos, promovidas pelos diferentes atores que influenciam os resultados políticos.

Há que se destacar, ainda, ramos da teoria neo-institucionalista, como o institucionalismo histórico, que aponta a importância das instituições e suas regras na formulação e desenvolvimento de políticas públicas, em que as decisões são determinadas por essas instituições, mas considerando que os decisores (*policy makers*) agem de acordo com uma concepção mais ampla de normas e ideias. De fato, o institucionalismo histórico vem dedicando espaço cada vez maior à importância das ideias na formulação de políticas públicas, em especial nas suas mudanças<sup>30</sup>.

### **3.1.1. Monitoramento e Avaliação das Políticas Públicas**

Políticas públicas, após serem formuladas, desdobram-se em projetos e programas, que precisam ser acompanhados e avaliados quando entram em ação, inclusive por meio do desenvolvimento de bases de dados e sistemas de informação. É crescente o número de estudos técnicos e acadêmicos sobre avaliação e monitoramento de políticas públicas, pela compreensão de sua importância enquanto estratégia de gestão da esfera governamental<sup>35</sup>.

Sabemos que durante a execução de políticas públicas, invariavelmente surgem problemas de várias ordens, afetando sua operacionalização, sejam eles administrativos, burocráticos, institucionais ou financeiros. Desta forma, o “valor” de uma determinada política deve ser considerado não apenas em função de seu conteúdo, mas também tendo em perspectiva a potencialidade de sucesso de sua implementação<sup>39</sup>. Segundo Browne e Wildavsky<sup>39</sup>, sempre "haverá um território nebuloso no processo de implementação, sobretudo quando se consideram os diversos níveis de governo e as distintas organizações envolvidas na implementação de políticas".

O monitoramento é reconhecido por muitos autores como avaliação em processo. Silva<sup>40</sup>, no entanto, aponta que o monitoramento é uma atividade gerencial que tem como objetivo garantir o desenvolvimento do trabalho conforme planejado, ou seja,

caracteriza-se como uma atividade interna realizada durante a execução da ação governamental. Trata-se da utilização de um conjunto de estratégias destinadas a realizar o acompanhamento de uma política, programa ou projeto. Garcia<sup>41</sup> define monitoramento como “um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas”.

Podemos sintetizar, então, monitoramento como um processo permanente de coleta, análise e sistematização de informações e de verificação do andamento da ação governamental.

Jannuzzi<sup>35</sup> aponta que a institucionalização das atividades de monitoramento de programas e políticas públicas vem ganhando força no Brasil, e destaca, dentre outros, o caso do Ministério da Saúde, ao disponibilizar dados sobre estatísticas vitais, produção de serviços e acompanhamento de programas nas três esferas de governo, por meio do DATASUS.

Nesse processo de monitoramento, é natural que os gestores queiram saber se seus objetivos estão sendo atendidos. Como atividade inerente ao processo de planejamento, a avaliação tem papel estratégico enquanto ação direcionadora de programas e políticas públicas, devendo ser institucionalizada.

Na prática, os estudos de avaliação costumam abranger conceitos (eficiência, eficácia e efetividade) que relacionam componentes de estrutura, processos e resultados. De fato, já em meados da década de 60, Donabedian<sup>42</sup> contribuía para a avaliação da qualidade na área da saúde recomendando que não se considerasse apenas uma perspectiva de análise, e sim que a mesma fosse realizada a partir da seleção de um conjunto de indicadores representativos das três dimensões citadas.

Nesta perspectiva, no que se refere à natureza das pesquisas, podem ser classificadas em avaliação de estrutura (recursos utilizados), processos (centrada no desenho, nas características organizacionais e de desenvolvimento do programa/política) e avaliação de resultados (que procura responder o quanto e com que qualidade os objetivos do programa/política estão sendo atendidos).

Draibe<sup>43</sup> também nos lembra que avaliações de políticas e programas respondem a distintos objetivos, como os de conhecimento: após a identificação de hipóteses, pesquisa-se um determinado programa para se conhecer a relação entre condições,

meios, resultados e impactos da intervenção. Para ela, as pesquisas de avaliação podem responder a objetivos de verificação de eficácia, de eficiência e de prestação de contas/responsabilização (*accountability*) das ações. A autora destaca, ainda, que objetivos mais imediatos podem impor-se à avaliação, como os que buscam identificar dificuldades e produzir recomendações que possibilitem, por exemplo, corrigir os rumos do programa ou disseminar aprendizagens, visando à melhoria da qualidade do seu processo de implementação e do desempenho da política<sup>43</sup>.

Em relação à temporalidade, as pesquisas de avaliação podem ser distinguidas em avaliações *ex ante* (que ocorrem em geral durante a fase de formulação do programa/política, objetivando aprimorar o seu desenho e estratégias metodológicas e/ou estabelecer uma linha de base que permita futuras comparações) e avaliações *ex post* (realizadas durante ou após a realização do programa/política, para avaliar seus resultados, impactos e efeitos)<sup>43</sup>.

Como tipos de resultados de um dado programa, Draibe<sup>43</sup> aponta o desempenho (resultados no sentido estrito, “produtos” do programa), os impactos (mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas) e os efeitos (referem-se a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou). Segundo ela, uma mesma pesquisa pode avaliar os três tipos de resultados (em sentido amplo), mas, infelizmente, em geral limita-se a identificar o primeiro grupo, o de desempenho do programa/política.

Ainda conforme Draibe<sup>43</sup>, as avaliações de processo de natureza qualitativa procuram identificar os aspectos facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos do programa/política. A dimensão temporal e as estratégias que orientaram sua implementação podem ser aferidas em avaliações de processo (relacionadas, por exemplo, aos atores mobilizados nos diferentes estágios para sustentarem seu desenvolvimento; aos mecanismos de comunicação; à suficiência de recursos financeiros; e aos critérios de seleção dos participantes e qualificação dos implementadores e beneficiários). Investigações dessa natureza buscam identificar os condicionantes, no plano dos processos, dos êxitos ou dos fracassos do programa/política.

*“A mera avaliação de desempenho é muito limitada, não faz justiça e mal avalia os programas, embora constitua passo indispensável de qualquer avaliação. Isoladamente, esse plano restrito dos resultados, na melhor das hipóteses, poderá*

*dizer muito sobre a realização do programa, mas seguramente pouco ou nada sobre sua efetividade ou a qualidade de seus processos. Em outras palavras, apenas registrar percentuais de cumprimentos de metas físicas ou financeiras não significa avaliar um programa. Uma efetiva avaliação ocorre exatamente quando se põem em relação tais resultados e os processos pelos quais foram produzidos (avaliação de processo e medidas de eficácia e eficiência); tais resultados e as mudanças que o programa provoca na realidade sobre a qual incide (avaliação de impactos e efeitos; medidas de efetividade)''<sup>43</sup>.*

A autora apresenta uma metodologia de trabalho para apoiar a elaboração de projetos de avaliação de políticas e programas sociais, em que propõe algumas perguntas que devem ser respondidas pelo avaliador no seu processo de trabalho<sup>43</sup>. Alguns aspectos dessas questões básicas (em especial relacionados à avaliação de resultados propriamente ditos/desempenho, de efeito e de processos) podem ser vislumbrados nos formulários utilizados neste estudo (Anexos I e II), como por exemplo:

- O Programa realizou os objetivos pretendidos?
- Atingiu os grupos-alvo que pretendeu atingir?
- A implementação do Programa logrou produzir nas instituições envolvidas alguma aprendizagem institucional? Produziu melhora de suas capacidades institucionais?
- Estimulou ou criou condições para a continuidade, ampliação ou multiplicação da experiência (sustentabilidade)?
- As metodologias utilizadas puderam ou podem ser aproveitadas/transferidas para outras experiências?
- Os recursos financeiros chegaram aonde deveriam chegar e nos prazos adequados?

Esta pesquisa não pretendeu abarcar todo o instrumental analítico e dimensões da metodologia de trabalho para avaliação de políticas públicas apontados por Draibe<sup>43</sup>. No entanto, a sistematização, análise e interpretação dos dados levantados a partir dos formulários aplicados no âmbito de nosso monitoramento do PET-Saúde trazem elementos que podem compor um processo avaliativo de maior robustez, ainda a ser realizado.

### **3.2. A Política de educação na saúde no Brasil e os movimentos de mudanças na graduação**

#### **3.2.1. Educação direcionada ao desenvolvimento humano e econômico sustentável**

Fazemos referência aqui ao educador brasileiro Paulo Freire<sup>44,45</sup> e seus conceitos de pedagogia problematizadora, em que o estudante deixa de ser objeto e passa a ser

sujeito do processo educativo. Nessa perspectiva, as ações educativas pautam-se na formação de cidadãos críticos, capazes de trabalhar com uma proposta de construção coletiva, como importantes atores desse processo, assumindo a responsabilidade de suas próprias transformações. Ser sujeito da aprendizagem implica em que o estudante busque, ativamente, os conhecimentos necessários para dar respostas a questões e situações-problema. Estas teorias reforçam a importância da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tanto para crianças, jovens ou adultos<sup>44, 45, 46</sup>.

Paulo Freire<sup>44, 45</sup> estimulava o protagonismo da comunidade na busca por um desenvolvimento humano e econômico sustentável e a necessidade de aumentar o grau de consciência do povo sobre os problemas de seu tempo e de seu espaço, e dar-lhe uma “ideologia do desenvolvimento”.

O economista Amartya Sen<sup>47</sup> contribui para a temática, ao participar da construção de um novo paradigma para os Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH)<sup>VI</sup>, com o objetivo explícito de “desviar o foco do desenvolvimento da economia e da contabilidade de renda nacional para políticas centradas em pessoas”. Desta forma, o “desenvolvimento como liberdade” é colocado em pauta, quando defende que o crescimento de um país está essencialmente relacionado às oportunidades que ele oferece à população de fazer escolhas e exercer sua cidadania, incluindo a garantia de direitos sociais básicos, como saúde e educação.

De fato, quando tratamos da educação direcionada ao desenvolvimento humano e econômico sustentável, devemos ter em perspectiva:

- A implementação de projetos/programas/políticas intersetoriais e interinstitucionais que respondam às necessidades da população e à complexidade do mundo do trabalho contemporâneo;
- A articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos: ações isoladas não dão conta de promover qualidade de vida, de fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social; e
- As características multifacetadas da pobreza e da exclusão e o atendimento das necessidades dos cidadãos de forma integrada, pois ações que enfrentem de forma isolada apenas uma ou algumas das diferentes dimensões da pobreza são ineficazes no rompimento dos mecanismos de reprodução da pobreza<sup>47</sup>.

O nascimento do mercado de trabalho e da própria ascensão do trabalho livre e assalariado como base da economia nacional ocorreram num contexto de entrada crescente de uma população trabalhadora no setor informal, de subsistência e em atividades mal remuneradas. Esse panorama, que gera desigualdades e a dualidade

---

<sup>VI</sup> Publicados anualmente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

*trabalho formal X trabalho informal*, está presente e tem reflexos no Brasil até hoje, mantendo o país entre aqueles considerados periféricos, apesar de, nos dias atuais, representar uma das economias mais fortes do mundo.

Para superar as desigualdades estruturais produzidas pelo *laissez faire*, faz-se necessária a pactuação de uma reforma tributária que permita ampliar o crescimento econômico, mas também garantir maior sustentabilidade e progressividade ao financiamento do Estado, que não pode deixar de ser o ator central na execução de políticas sociais, com destaque para a educação e saúde. O “livre mercado” não dá conta de reduzir as profundas iniquidades existentes. Para isso, o Estado deve intervir. Ressalte-se, ainda, a importância da participação da sociedade civil na gestão de políticas públicas, possibilitando a construção de mecanismos de governança democrática.

No texto intitulado “Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal”, Adam Przeworski<sup>48</sup> analisa as relações *agente-principal* que envolvem aspectos relativos à regulação, monitoramento/supervisão e *accountability*, na perspectiva de se obter eficiência com governança. Segundo ele, a qualidade do desempenho do Estado depende do desenho institucional desses mecanismos.

O autor apresenta o Estado no centro do tema governança/gestão pública (“o Estado permeia toda a economia”), destacando que o mesmo deve ser equipado com instrumentos para uma intervenção efetiva, de forma a criar incentivos para que os funcionários públicos atuem visando satisfazer o interesse público (e não objetivos próprios)<sup>48</sup>.

Assim, o texto ressalta a importância de que os burocratas sejam efetivamente supervisionados pelos políticos eleitos e que estes prestem contas aos cidadãos. Przeworski<sup>48</sup> tem um olhar positivo sobre essa triangulação (*cidadão* que controla o *político* que controla o *burocrata*) como parte de um arranjo de governança, destacando que, caso esses mecanismos de responsabilização sejam bem concebidos, a economia de um Estado intervencionista pode obter melhores resultados que a economia de mercados livres. Considera que cabe à reforma do Estado fazer o governo funcionar o melhor possível dentro dessas limitações:

*“A intervenção estatal pode ser melhor do que a não-intervenção nos casos em que o desenho institucional permita que os governos intervenham na economia, que os políticos controlem os burocratas, e que os cidadãos controlem os governos”<sup>48</sup>.*

Em que pese a diversidade de atores na arena política, com interesses (explícitos e implícitos) também diversos, o autor conclui que instituições bem concebidas podem permitir que os governos intervenham melhor na economia, pois elas têm potencial para induzir os atores individuais – sejam agentes econômicos, políticos ou burocratas – a agir em prol do bem público.

Para ele, “o desempenho de empresas, de governos e da economia como um todo, depende do desenho das instituições que regulam essas relações”. Destaca, no entanto, que esses desafios são difíceis de cumprir, ressaltando novamente a importância do desenho institucional da democracia, o fato de que pouco se avançou nesse sentido nos últimos 200 anos, e o espaço aberto para a criatividade institucional<sup>48</sup>.

Os argumentos apresentados pelo autor avançam na problematização de questões fundamentais ao tema governança/gestão pública, em especial quando os analisamos no contexto de um país como o Brasil, marcado por um histórico de clientelismo e patrimonialismo. Entretanto, deixam em aberto algumas questões, como por exemplo, se os políticos de fato desejam intervir bem e controlar a burocracia, e quais mecanismos institucionais a democracia poderia dispor para assegurar que os governos eleitos pelos cidadãos sejam efetivamente responsabilizados pelos resultados de suas ações.

O tema representa, portanto, um enorme desafio para a administração pública brasileira, considerando as diversidades e as dimensões continentais de um país em que prevalecem iniquidades advindas da divisão da sociedade em classes sociais, em que as posições e situações dos indivíduos privilegiados foram construídas a partir de um histórico de políticas de exploração do trabalho, discriminação, racismo e desigualdades de gênero.

Mas o Estado deve ter por princípio atender à sociedade como um todo, e não a interesses de grupos detentores do poder econômico. Os objetivos dos burocratas não devem se afastar daqueles escolhidos pelos cidadãos ao elegerem seus representantes políticos, em especial quando envolvem bens públicos, como saúde e educação.

### ***3.2.2. Diretrizes Curriculares Nacionais e a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação***

O conceito ampliado da saúde, que considera vários fatores determinantes e condicionantes, como moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda e educação, remete à necessidade de ações intersetoriais. A

intersectorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que implementam políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde da população. Leva em conta as necessidades individuais e coletivas dos cidadãos brasileiros, as diversidades demográficas, epidemiológicas, sanitárias, sociais e econômicas do país<sup>2</sup>.

Considerando a complexidade do cenário descrito, os setores da educação e da saúde buscam as necessárias transformações a serem alcançadas. As ações de educação na saúde instituídas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, estimulam uma maior diversificação dos cenários de práticas e objetivam a melhoria da qualidade dos cursos da área da saúde, com incentivos e apoio às mudanças nos cursos de graduação, tendo em vista a adequação às DCN<sup>16</sup> e aos princípios do SUS<sup>1,2</sup>.

Desde a criação da SGTES/MS houve um avanço significativo na articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, que instituiu a cooperação entre os dois ministérios para a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Outro marco no sentido de efetivação e regulamentação das ações conjuntas implementadas por esses ministérios, foi a assinatura do Decreto de 20 de junho de 2007, instituindo a “Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”<sup>49,50</sup>.

Essa articulação tem possibilitado uma aproximação técnica e programática, com a preservação da identidade e da responsabilidade de cada ministério, gerando ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção à saúde.

Dentre outras ações, cabe ao MEC definir as políticas de formação na educação superior, regular as condições de sua oferta, supervisionar a implementação dos projetos pedagógicos recomendados e avaliar a qualidade dessa formação no sistema federal (que abrange as instituições federais e privadas).

Desta forma, e em consonância com a Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 8.080/90, as Resoluções da Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE) instituem as DCN dos cursos de graduação em saúde, aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, como resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde. Elas apontam a necessidade

desses cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS<sup>16</sup>.

Exemplificando, as diretrizes de alguns cursos da área ressaltam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o “sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (casos da biomedicina, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, odontologia e terapia ocupacional). Algumas profissões destacaram o sistema público de saúde vigente. É o caso da formação de farmacêuticos, em que constou “com ênfase no SUS”, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que a formação do profissional “deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”<sup>16,51,52</sup>.

O perfil do profissional de saúde definido nas DCN é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da atenção, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Portanto, as diretrizes orientam para currículos que contemplem elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve “aprender a aprender”, engajado num processo de educação permanente. Propõe-se que os cursos de graduação sejam fundamentados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, solução de problemas e orientado para a comunidade. A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem fundamenta-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação<sup>16</sup>.

Concomitantemente, a avaliação, como um dos eixos centrais do programa de governo, avançou com a implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), operacionalizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), autarquia federal vinculada ao MEC<sup>53</sup>.

A avaliação dos cursos, dentre outros aspectos, analisa em que medida as Diretrizes Curriculares Nacionais foram atendidas, tanto no que se refere à concepção do curso como à sua implementação. Os indicadores e critérios definidos nos instrumentos de avaliação possibilitam verificar a aderência dos projetos pedagógicos

dos cursos (PPC) às DCN, se as práticas pedagógicas daí resultantes guardam a coerência esperada, e se efetivamente se traduzem em práticas inovadoras e adequadas ao contexto em que se inserem.

Essa avaliação, enquanto parte do SINAES, é referencial básico para os processos de regulação (autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos) e de supervisão realizados pelo MEC. Como mecanismo de melhoria da qualidade, representa também um papel indutor para o processo de mudanças na formação profissional em saúde, de acordo com os interesses e necessidades da população<sup>54</sup>.

Em que pese esse esforço interministerial que objetiva qualificar a graduação, realizado em especial na última década pelos setores da educação e da saúde, ainda devem ser intensificadas ações para que os avanços obtidos não se restrinjam a processos regulatórios e avaliativos bem concebidos. Faz-se necessário que essas normatizações instituídas pelo governo federal transcendam efetivamente o campo da formulação política e repercutam positivamente nas práticas de atenção à saúde.

Coloca-se assim um desafio para que as avaliações realizadas no âmbito do sistema federal de educação superior sejam capazes, na prática, de identificar e valorizar, nos cursos da área da saúde, os elementos que levam à formação de profissionais aptos a oferecer uma atenção à saúde resolutiva e integral.

### ***3.2.3. A Educação Superior na Área da Saúde e as necessidades do SUS: há convergência?***

Uma reflexão sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no país demonstra um distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS, que se ressentem com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros<sup>55</sup>.

Neste sentido, construir uma articulação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde tem sido objeto de trabalho permanente para os atores envolvidos com estas temáticas no Brasil, considerando a educação como uma das variáveis centrais para a consolidação do sistema de saúde<sup>55</sup>.

Para que haja uma efetiva reorientação do modelo de atenção e mudanças de práticas é preciso haver transformações na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, qualificando a atenção e gestão do SUS e, portanto,

fortalecendo o sistema, com conseqüente benefício também aos usuários da rede pública de serviços de saúde.

Um resgate das discussões e embates relacionados à educação dos trabalhadores em saúde faz-se necessário para contextualização da temática. Ainda persiste no país o modelo hegemônico médico-centrado, com valorização excessiva de especialidades, uso de alta tecnologia e hospitalocêntrico, em detrimento de uma orientação básica e geral da graduação, com conteúdos do mundo real e compromissos ético-humanísticos<sup>3,56</sup>.

Os processos de formação e as práticas profissionais em saúde demonstram comprometimento com diversos interesses, mas muitas vezes exclui os dos usuários do sistema. Em geral, o panorama que observamos na área da saúde, seja no nível federal, estadual ou municipal, seja na gestão, no ensino ou nos serviços, perpetua modelos conservadores e parece distanciado de um modelo lógico, que seria o “usuário-centrado” e da missão primeira que seria um cuidado adequado às necessidades da população<sup>52</sup>.

No Brasil, o chamado “modelo flexneriano” que, senso comum entre a maioria dos estudiosos, tem foco no biologismo, no curativismo e no especialismo, pouco considerando a determinação social da saúde, influenciou o ensino da medicina das novas escolas criadas na década de 40-50 do século passado, priorizando as práticas de ensino em hospitais e levando a uma fragmentação do saber<sup>56</sup>.

No entanto, muitas foram as iniciativas em nosso país que buscaram mudanças nas práticas de atenção e formação em saúde a partir da década de 70 do séc. XX, como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1977), a assinatura da Declaração de Alma-Ata (1978)<sup>VII</sup>, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE (1980), o Programa de Integração Docente Assistencial - IDA (1981), as Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), a criação da Associação Brasileira Rede Unida (1985), o Programa UNI: União com a Comunidade, uma nova iniciativa em educação dos profissionais de saúde (1991), e a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM (1991).

O próprio Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, expressão utilizada já nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), deu visibilidade e trouxe

---

<sup>VII</sup> O Brasil não enviou representantes na Conferência de Alma-Ata - capital do atual Cazaquistão, porém posteriormente assinou a chamada *Declaração de Alma-Ata* e seus preceitos foram abraçados pelos envolvidos no processo de redemocratização do país, influenciando as políticas de saúde a partir de então.

para o centro das discussões as novas demandas trazidas pela sociedade civil. Sérgio Arouca e Jairnilson Paim, em distintas décadas, refletem sobre o sistema público de saúde conquistado a partir de forte participação popular<sup>57,58</sup>.

*“A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (Arouca<sup>57</sup>).*

*“Over the past 20 years, there have been other advances, including investments in human resources, science and technology, and primary care, and a substantial decentralisation process, widespread social participation, and growing public awareness of a right to health care”. (Paim<sup>58</sup>)*

Esses movimentos abrangiam ações importantes, que continuam na agenda política atual norteando as estratégias de educação na saúde, com eixos estruturantes e diretrizes como intersetorialidade, territorialização, interinstitucionalidade, práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integralidade da atenção, atendimento das necessidades sociais em saúde, controle social, fortalecimento da APS, e desenvolvimento de ações pelas universidades junto às comunidades – frequentemente chamadas “extramuros” ou “além-muros”, com diversificação dos cenários de práticas<sup>54</sup>.

A integralidade, como um dos princípios fundamentais do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos, permitindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade. Os conceitos abrangidos neste princípio não poderiam ser esgotados neste texto, mas envolvem questões que serão aqui abordadas, relacionadas à humanização da atenção, ao conceito ampliado de saúde, à educação permanente em saúde e ao trabalho em equipe multidisciplinar, entre outras<sup>52,54</sup>.

Luiz Cecílio<sup>59</sup> aborda uma definição ampliada de integralidade da atenção, a partir das necessidades de saúde:

*“É possível adotar a ideia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la ‘integralidade focalizada’, na medida em que seria trabalhada no espaço bem*

*delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço”* (grifo nosso).

A discussão acerca de mudanças na formação dos profissionais de saúde, aproximando-a das reais necessidades sociais é, sem dúvida, polêmica e conflituosa, representando um desafio aos que se mobilizam nesse sentido. A busca pela integralidade da atenção à saúde, necessariamente implica em avançarmos na superação de antigos embates: atenção primária x atenção especializada, ações preventivas x ações curativas, cuidados individuais x cuidados coletivos, unidades básicas de saúde x hospitais.

Fato é que, apesar do histórico de iniciativas de mudanças na graduação em saúde, integração ensino-serviço-gestão-comunidade e valorização da APS, o Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, ainda nos dias atuais, necessita fomentar ações para induzir esses processos, por não estarem suficientemente institucionalizados.

Entramos agora no campo das argumentações que posicionam a educação como ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da reforma sanitária e as práticas de saúde vigentes no país. A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, como um dispositivo de transformação de práticas, sejam elas de atenção, gestão ou controle social<sup>52,54</sup>.

Mas apesar dessa potencialidade da educação como um instrumento de gestão, em geral, observa-se baixo compromisso das instituições formadoras na área da saúde com a reorientação dos perfis profissionais em direção à integralidade das práticas de atenção. É comum a priorização da pesquisa científica (sendo geralmente mais valorizados temas relacionados à alta tecnologia) e do ensino (comumente descontextualizado das reais demandas dos serviços de saúde e da população), sem que se valorize suficientemente a extensão universitária, indispensável para uma adequada formação profissional e que deve ser desenvolvida de forma articulada ao ensino e à pesquisa.

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre

excelência técnica e relevância social. Desta forma, espera-se formar profissionais com competência geral e capacidade de resolubilidade, características essenciais para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população<sup>54</sup>.

Há que se transformar um ensino ainda muitas vezes fundamentado numa visão curativa, focado na doença e desarticulado do sistema público vigente; uma formação que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde e prevenção de agravos, comumente fragmentada e dissociada do contexto social. Busca-se formar cidadãos/profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências que os tornem aptos a atuar em qualquer nível de atenção à saúde. Profissionais capazes de considerar não somente os aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas também as características sociais, históricas, econômicas, ambientais e culturais do meio em que vivemos<sup>54</sup>.

Objetiva-se a construção de um perfil acadêmico para os profissionais da saúde com abordagens contemporâneas de formação e que considere as novas demandas exigidas pelas transformações do mundo do trabalho, tendo em vista as diversidades e complexidades dos cenários de práticas e a integração ensino-serviço-comunidade. Aliar o desenvolvimento tecnológico, tão necessário em função da velocidade das inovações que ocorrem na atualidade, às necessidades sociais em saúde<sup>54</sup>.

#### **3.2.4. A Educação Permanente em Saúde**

As ações de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional ou municipal, devem considerar a Educação Permanente em Saúde (EPS) e articular as necessidades e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde<sup>60</sup>.

A utilização da educação permanente como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde não é novidade. Já na década de 80, do século passado, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) definia a Educação Permanente em Saúde como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população<sup>61</sup>. Na lógica da EPS, o trabalhador retira do trabalho elementos de reflexão e crítica, tornando-se o sujeito de seu próprio processo formativo.

Nesta perspectiva, o ensino não deve ser monopólio das escolas ou dos sistemas escolares. As organizações empregadoras também precisam transformar-se em instituições de aprendizagem e ensino. A EPS não é um objetivo individualizado a ser cumprido por cada um dos trabalhadores, mas tem como objetivo principal qualificar a instituição, para que esta cumpra sua missão<sup>10</sup>.

Trata-se de estratégia capaz de pensar a ligação entre educação e trabalho, partindo da reflexão sobre a realidade dos serviços e sobre o que precisa ser transformado, com a finalidade de melhorar a atenção à saúde da população. Pretende preparar profissionais aptos a construir seu conhecimento e desenvolverem, ao longo de sua trajetória profissional, processos permanentes de auto-aprendizagem, em que ocorre preocupação cotidiana das equipes de saúde em identificar problemas críticos da realidade do trabalho e buscar soluções apropriadas e criativas.

Assim, valoriza uma metodologia construtivista, baseada na resolução de problemas concretos da prática. Os processos de ensino-aprendizagem ocorrem no e pelo trabalho em saúde e, portanto, neste contexto, a EPS utiliza-se dos cenários onde se dão as relações de trabalho, possibilitando transformações de práticas profissionais e mudança institucional. Sobre a utilização dos princípios metodológicos, Merhy<sup>62</sup> afirma:

*“Não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais”.*

O autor, no entanto, pondera argumentando que “há treinamentos que são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho, mas isso é pontual e pode ser suprido sem muita dificuldade”. Aponta “a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro”<sup>62</sup>.

A EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, voltada para a democratização institucional, a transformação do processo de trabalho e das práticas de saúde, melhorando sua qualidade, seu grau de integração e o nível de compromisso entre os diversos atores e destes com a população (transformação de práticas de gestão,

atenção e controle social). Rompe-se, portanto, com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados<sup>10</sup>.

O foco são os processos de trabalho e os sujeitos são as equipes de saúde, implicando em aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, ou seja, a aprendizagem é motivada pelo desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas, possibilitando a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança.

A partir da problematização / identificação dos problemas / nós críticos enfrentados na atenção ou na gestão, feita pelas equipes de trabalho, da análise de suas dimensões, da busca de interpretações, são implementadas coletivamente propostas para a solução dos problemas: muitos são equacionados em situação; quando necessárias, as atividades educativas são construídas de forma ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. Possibilita, portanto, a construção coletiva de estratégias contextualizadas, promovendo o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.

*“Por outro lado, enquanto política, a educação permanente em saúde não se reduz à proposta pedagógica, na medida que os atores implicados assumem a aprendizagem no trabalho com uma orientação clara: a construção de coletivos de trabalho. Na medida que mobiliza e convida à ação ativa, a aprendizagem no trabalho é uma ação política, que desencadeia a reflexão coletiva sobre os problemas que impedem o cuidado integral em saúde, sendo uma tarefa de todos”<sup>63</sup>.*

Neste processo de “ação – reflexão – ação”, a problematização das situações cotidianas evidencia a importância da busca de soluções democráticas, articulando saberes nas respostas às necessidades de saúde de cada pessoa e das coletividades. Necessidades que, para além do tratamento de doenças, consideram as especificidades psicossociais, culturais, econômicas e ambientais em que vivemos, ampliando-se, portanto, o conceito de saúde, não dependente apenas de questões biológicas. Somente o trabalho em equipe, interdisciplinar e com abrangência intersetorial pode dar conta dessa proposta.

Desse modo, no desenvolvimento da EPS, os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde têm como referência as reais necessidades das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, para que, a partir delas, possam ocorrer transformações das práticas profissionais e na própria organização do trabalho<sup>64</sup>.

A articulação entre o sistema educacional e a prestação de serviços em saúde possibilita a utilização de metodologias de ensino que promovem a observação dos problemas de saúde mais frequentes da população e o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Assim, a inserção de docentes e estudantes nos espaços de prática proporcionados pelo sistema público de saúde tem o potencial de formar sujeitos reflexivos, protagonistas do processo de mudanças na graduação, na perspectiva da indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão.

Cabe ressaltar que os princípios aqui brevemente apresentados fundamentaram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída no DEGES/SGTES/MS pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004<sup>10</sup>, tornando-se referencial básico para muitas ações/projetos/programas educacionais que surgiram a partir daí, a exemplo do PET-Saúde, instituído com base nas DCN, na EPS e nas necessidades do SUS. A Portaria GM/MS nº. 1.996/2007<sup>11</sup> dispôs sobre novas estratégias para a implementação da PNEPS<sup>VIII</sup>, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde<sup>65</sup>.

---

<sup>VIII</sup> A principal mudança instituída pela nova Portaria ocorreu no âmbito regional, com a condução da política por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, previstas no Artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS. Os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse Fundo a Fundo.

#### 4. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE

Neste contexto de reflexões, que visam aproximar as práticas da Educação em Saúde com a realidade social, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, enquanto estratégia governamental de integração entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços públicos de saúde e a comunidade<sup>12,66</sup>.

O programa, integrante de um conjunto de ações de apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS, tem como pressuposto a *educação pelo trabalho* e o conceito da EPS como norteador de seus eixos de atuação, apresentando-se de forma transversal a eles. Disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação, para que desenvolvam atividades de intervenção e pesquisa no âmbito da atenção à saúde.

É inspirado no *Programa de Educação Tutorial – PET*, do Ministério da Educação, criado em 1979 (com o nome de *Programa Especial de Treinamento*) pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), e transferido em 1999 para a Secretaria de Educação Superior (SESU/MEC). Em 2004 passou a ser identificado como *Programa de Educação Tutorial*. Atualmente com quase 800 grupos distribuídos entre diferentes áreas de conhecimento e regiões do país, esse programa passou por diversas reformulações em seus mais de 30 anos de existência, como consequência de estudos e processos avaliativos realizados nesse período.

No processo de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o DEGES/SGTES/MS avaliou que a iniciativa poderia ser aplicada para beneficiar a área da saúde. Em 2005 começaram as primeiras reuniões para viabilizar a proposta, no sentido de regulamentá-la e adaptá-la aos interesses do SUS. Sendo assim, para além dos docentes e estudantes que já integravam o PET, foram incluídos os profissionais dos serviços na concepção dos grupos PET-Saúde, atendendo também a uma demanda do nível local pela valorização e qualificação do exercício da preceptoria. A proporção entre participantes nos grupos, o valor das bolsas, as atividades a serem desenvolvidas, sua operacionalização, monitoramento e avaliação também foram repensados à luz das necessidades do sistema público de saúde. Esse trabalho culminou com a publicação da

Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007<sup>IX</sup>, que instituiu o programa, tendo como base legal as Leis nº 11.129/2005 e nº 11.180/2005<sup>12, 67,68</sup>.

O PET-Saúde busca incentivar a interação ativa dos estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população, ou seja, induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades da população.

Podem participar do programa IES públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

O objetivo geral é promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. Possibilita a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como a iniciação ao trabalho e vivências na realidade do SUS pelos estudantes dos cursos de graduação da saúde<sup>66</sup>.

Entre os objetivos específicos do programa, destacam-se:

- Fomentar o processo de integração ensino-serviço-gestão-comunidade;
- Institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; e
- Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

#### **4.1. Fortalecimento da Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**

No SUS, todos os níveis de atenção à saúde são importantes. Mas a prática comprova que a atenção básica tem um papel estratégico, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços da média e alta complexidade. Os estudos demonstram que uma atenção básica, ou Atenção Primária em Saúde<sup>X</sup>, bem organizada e estruturada, pode garantir a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população<sup>69</sup>.

A APS constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível do cotidiano de vida e trabalho das pessoas. Deve exercer um conjunto de ações, no âmbito individual e

---

<sup>IX</sup> Revogada/atualizada pelas Portarias Interministeriais nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, e nº 421, de 3 de março de 2010.

<sup>X</sup> Termo resultante da tradução literal do inglês. Cabe destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde, nas atuais concepções, como equivalentes.

coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>17,18</sup>.

Com a ênfase na promoção da saúde/prevenção de doenças e com os agravos mais comuns resolvidos nas unidades básicas de saúde, os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprem seus verdadeiros papéis, resultando em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes, o que repercute positivamente na própria sustentabilidade do sistema público de saúde<sup>54</sup>.

Em meados do século XX, ocorreu uma valorização da APS no cenário internacional, a partir da ênfase dada à *medicina preventiva*. Arouca<sup>70</sup> observou, em sua tese de doutorado, que o movimento da *medicina preventiva* fundamentou-se em três vertentes: a “Higiene” (que surgiu no século XIX), a discussão sobre a racionalização dos custos da atenção médica, e a “redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica”.

O sanitarista destacou algumas críticas à educação e práticas médicas vigentes feitas pelo discurso da medicina preventiva, como: (1) a ausência de racionalidade da medicina curativa, uma vez que esta “centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento”; (2) o desaparecimento do humanismo médico, em função “da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade”; (3) o conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico, em detrimento de uma abordagem multidisciplinar; (4) a desvinculação da medicina curativa com os reais problemas de saúde da população; e (5) a educação médica que, dominada pela ideologia curativa, “estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades”<sup>70</sup>.

*“...a Medicina Preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade”<sup>70</sup>.*

Nesta perspectiva, a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde para atuarem com resolubilidade na APS assumem uma importância estratégica, devendo equilibrar conteúdos e habilidades, tanto em saúde coletiva, como para a clínica/assistência individual em saúde.

O Ministério da Saúde vem aumentando os recursos financeiros destinados a esse nível de atenção e busca consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>XI</sup> como modelo de atenção básica e como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Em fevereiro de 2012 encontravam-se implantadas 32.625 equipes de Saúde da Família, atuando em 5.272 municípios do país, conforme consulta ao sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS). Informações fornecidas por esse departamento também apontavam um total de 1.596 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados até fevereiro de 2012.

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010<sup>71</sup>, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>72</sup>, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, trazem novos desafios para a consolidação das redes de atenção e da regionalização do sistema de saúde.

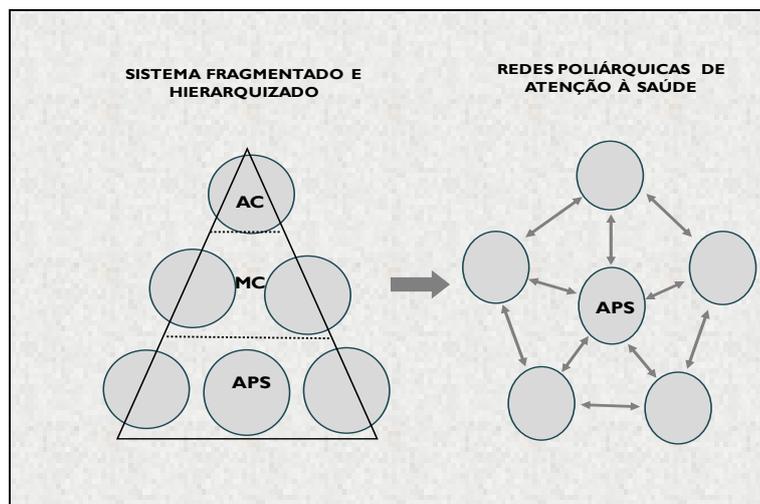
As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>71</sup>.

A ideia de rede pressupõe ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados (figura 1). As RAS caracterizam-se, portanto, pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos<sup>19</sup>.

---

<sup>XI</sup> O Programa Saúde da Família (PSF) foi regulamentado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

**Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.**



Fonte: Mendes, 2011.

O fortalecimento da APS torna-se, portanto, uma exigência para o estabelecimento das RAS, pelo seu papel chave como coordenadora do cuidado e ordenadora dessas redes.

Apesar da recente regulamentação, o termo *Rede* tem sido utilizado e debatido já há alguns anos na área da saúde, como modelo estratégico de gestão de políticas ou mesmo como um novo modelo de governança. Atualmente, o Ministério da Saúde destaca algumas áreas prioritárias como foco de suas ações:

- Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis;
- Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama;
- Rede de Urgência e Emergência;
- Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de Álcool, Crack e outras Drogas; e
- Doenças Crônicas.

Proposições de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de *Rede*, bem como de qualificação dos trabalhadores da saúde, já estavam presentes no *Pacto pela Saúde*, no sentido de consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS e aumentar a legitimidade social do sistema, que vem sofrendo com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros<sup>65</sup>.

Algumas das responsabilidades da União relativas à Educação na Saúde estão assim definidas, no Pacto de Gestão<sup>XII</sup>:

- Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde; e
- Propor e pactuar com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção<sup>65</sup>.

#### **4.2. PET-Saúde/Saúde da Família**

Neste percurso em que importantes conceitos, princípios e diretrizes da gestão da educação na saúde foram apresentados (ainda que de forma concisa, mas necessária para contextualização), o PET-Saúde teve a APS como primeira área estratégica de intervenção, sendo tema dos dois primeiros editais sobre o programa publicados, como poderá ser observado na sequência.

As parcerias estabelecidas no processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde/SF envolveram o DEGES/SGTES/MS; o DAB/SAS/MS; o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários e Residências de Saúde/SESU/MEC; e o Banco do Brasil S.A.

Sem essas parcerias, nada teria sido possível. Dessa forma, o programa foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). No sentido de se obter maior grau de transparência do processo decisório e de participação popular nas arenas onde são decididas as prioridades sociais, os editais para seleção dos projetos reforçam a necessidade de que sejam pautados, discutidos e monitorados no âmbito das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), e pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), assim como nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

---

<sup>XII</sup> O *Pacto pela Saúde*, do Ministério da Saúde, foi firmado em três dimensões: Pacto da Vida, Pacto pela consolidação do SUS e Pacto de Gestão.

No início de 2009, técnicos do DEGES/SGTES/MS, em parceria com técnicos do FNS/SE/MS elaboraram o Projeto Básico PET-Saúde, em que constam a apresentação e objetivos do programa, atribuições do Ministério da Saúde e do agente pagador e questões relacionadas à operacionalização do programa.

A partir desse Projeto Básico, foi firmado o Contrato nº 001/2009 entre o Ministério da Saúde e o Banco do Brasil S.A. para prestação de serviços referentes ao pagamento das bolsas de educação pelo trabalho, publicado no Diário Oficial da União nº 87, de 11 de maio de 2009.

O pagamento das bolsas PET-Saúde – ano letivo 2009 - teve início, então, em maio de 2009, para os participantes dos 84 projetos PET-Saúde/SF selecionados a partir da publicação do primeiro edital do programa, o de nº 12, de 3 de setembro de 2008<sup>73</sup>.

Na sequência, o edital nº 18, de 16 de setembro de 2009, publicado no Diário Oficial da União, de 17 de setembro de 2009, convidava instituições de ensino e secretarias de saúde para apresentação de projetos a serem desenvolvidos no biênio 2010/2011. Em resposta a esse edital, foram encaminhadas 128 propostas ao Ministério da Saúde. A seleção ocorreu em janeiro de 2010, com publicação de resultados em fevereiro de 2010, tendo sido contemplados 111 projetos, relacionados no quadro 1, que são o foco deste trabalho e fruto da parceria estabelecida entre 84 instituições de ensino e 96 distintas Secretarias de Saúde<sup>14,74</sup>.

**Quadro 1 - Relação dos projetos PET-Saúde/Saúde da Família 2010/2011. Brasil, 2010.**

Nº	Instituição de Educação Superior	Secretaria Municipal de Saúde
1	Centro Universitário São Camilo	São Paulo
2	Centro Universitário Vila Velha (UVV)	Vila Velha
3	Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)	SES - DF
4	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)	São Paulo
5	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)	Sorocaba
6	Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP)	Botucatu
7	Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)	Jundiaí
8	Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Marília
9	Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Garça
10	Faculdade de Medicina de Petrópolis - Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FMPFASE)	Petrópolis
11	Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)	Santo André
12	Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)	São Bernardo do Campo
13	Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)	São Caetano do Sul
14	Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)	Curitiba
15	Fundação Educacional Lucas Machado - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG /FELUMA)	Belo Horizonte

16	Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	Porto Velho
17	Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT)	Palmas
18	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)	Porto Alegre
19	Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)	Pelotas
20	Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)	Chapecó
21	Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE)	Joinville
22	Universidade de Brasília – Campus UnB Ceilândia (UnB/FCE) e Universidade Católica de Brasília (UCB)	SES - DF / DGS Ceilândia
23	Universidade de Brasília (UnB)	Ceres
24	Universidade de Brasília (UnB)	SES - DF
25	Universidade de Brasília (UnB)	Santa Isabel
26	Universidade de Caxias do Sul (UCS)	Caxias do Sul
27	Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	Fortaleza
28	Universidade de Passo Fundo (UPF)	Passo Fundo
29	Universidade de Pernambuco (UPE)	Recife
30	Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)	Santa Cruz do Sul
31	Universidade de São Paulo (USP)	São Paulo
32	Universidade de São Paulo (USP)	Ribeirão Preto
33	Universidade do Estado do Pará (UEPA)	Belém
34	Universidade do Estado do Pará (UEPA)	Ananindeua
35	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)	Mossoró
36	Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)	Criciúma
37	Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)	Içara
38	Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)	Herval D´Oeste
39	Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)	Tubarão
40	Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)	Palhoça
41	Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)	Itajaí
42	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	Campinas
43	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)	Maceió
44	Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	Feira de Santana
45	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Ibiporã
46	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Cambé
47	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Londrina
48	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Maringá
49	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Marialva
50	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	Montes Claros
51	Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)	Ilhéus
52	Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)	Itabuna
53	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	Maracanaú
54	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	Fortaleza
55	Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)/ Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC)	Caxias
56	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)	Jequié
57	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Vitória da Conquista
58	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Salvador
59	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	Amambai
60	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	Anaurilândia
61	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	Dourados
62	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	João Pessoa
63	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Santana do Ipanema
64	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Maceió
65	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Penedo
66	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Arapiraca
67	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus Campina Grande	Campina Grande
68	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Porto Alegre

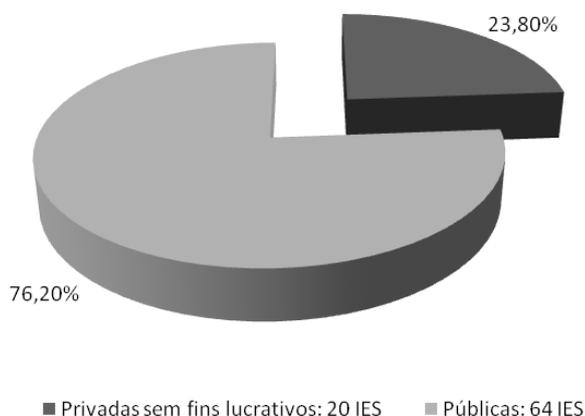
69	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Juiz de Fora
70	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Cuiabá
71	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Várzea Grande
72	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	Campo Grande
73	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Belo Horizonte
74	Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)	Mariana
75	Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)	Ouro Preto
76	Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)	Pelotas
77	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Recife
78	Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Boa Vista
79	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Curitibanos
80	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Florianópolis
81	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)	Santa Maria
82	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	São Carlos
83	Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - Campus Centro Oeste Dona Lindu	Divinópolis
84	Universidade Federal de Sergipe (UFS)	Aracaju
85	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Uberlândia
86	Universidade Federal de Viçosa (UFV)	Viçosa
87	Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)	Macapá
88	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Manaus
89	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Fortaleza
90	Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)	Sobral
91	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Vitória
92	Universidade Federal do Goiás (UFG)	Goiânia
93	Universidade Federal do Goiás (UFG)	São Luis de Montes Belos
94	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	São Luis
95	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Ananindeua
96	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Belém
97	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Curitiba
98	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Colombo
99	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Rio de Janeiro
100	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Piraí
101	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Campus Macaé	Macaé
102	Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	Rio Grande
103	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Natal
104	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Porto Alegre
105	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	Uberaba
106	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)	Petrolina
107	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)	Juazeiro
108	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)	Diamantina
109	Universidade Federal Fluminense (UFF)	Niterói
110	Universidade Regional de Blumenau (FURB)	Blumenau
111	Universidade São Francisco (USF) - Campus Bragança Paulista	Bragança Paulista

Fonte: DEGES/SGTES/MS.

Conforme cadastro no sistema e-MEC<sup>XIII</sup>, desse total de IES participantes, 76,2% são públicas e 23,8% são privadas sem fins lucrativos (gráfico 1).

<sup>XIII</sup> O sistema e-Mec, desenvolvido pelo Ministério da Educação e implantado em 2007, é responsável pela operacionalização de todos os processos regulatórios da educação superior brasileira.

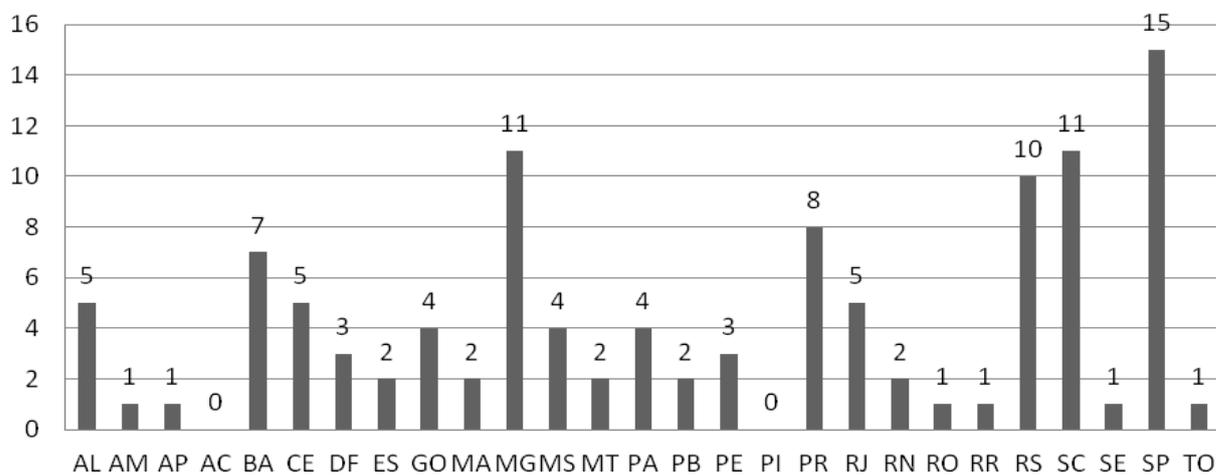
**Gráfico 1 - Distribuição das Instituições de Educação Superior participantes do PET-Saúde/SF 2010/2011, segundo natureza jurídica. Brasil, 2010.**



Fontes: DEGES/SGTES/MS e sistema e-MEC.

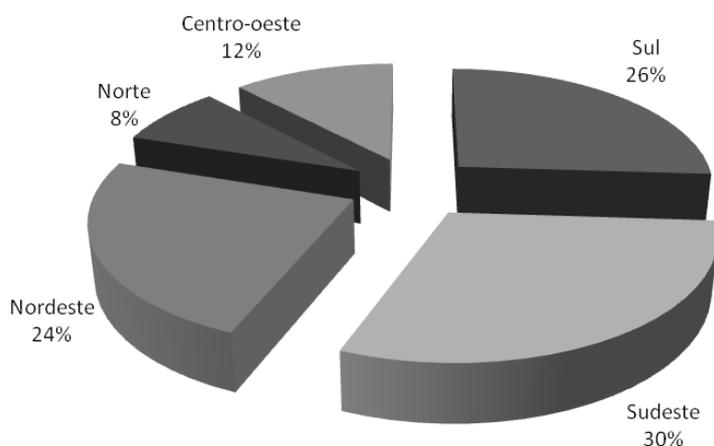
Os gráficos 2 e 3 apresentam a distribuição dos projetos selecionados por unidade da federação e por região do país.

**Gráfico 2 - Distribuição dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011 por unidade da federação, segundo secretaria municipal de saúde proponente. Brasil, 2010.**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

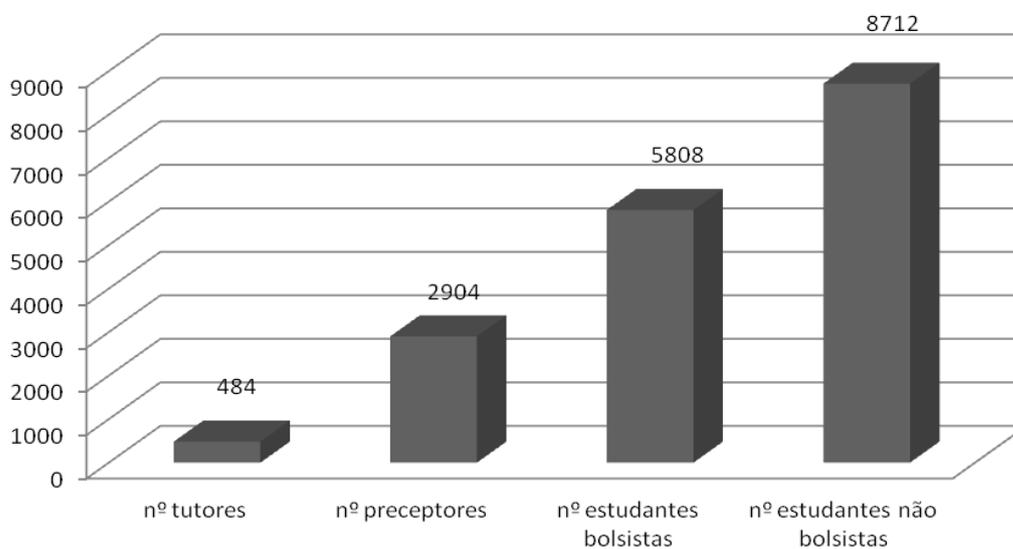
**Gráfico 3 - Distribuição dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011 por região do país. Brasil, 2010.**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

Esses 111 projetos envolveram 484 grupos tutoriais, aproximadamente 18 mil integrantes e mais de 9 mil bolsas mensais, conforme gráfico 4.

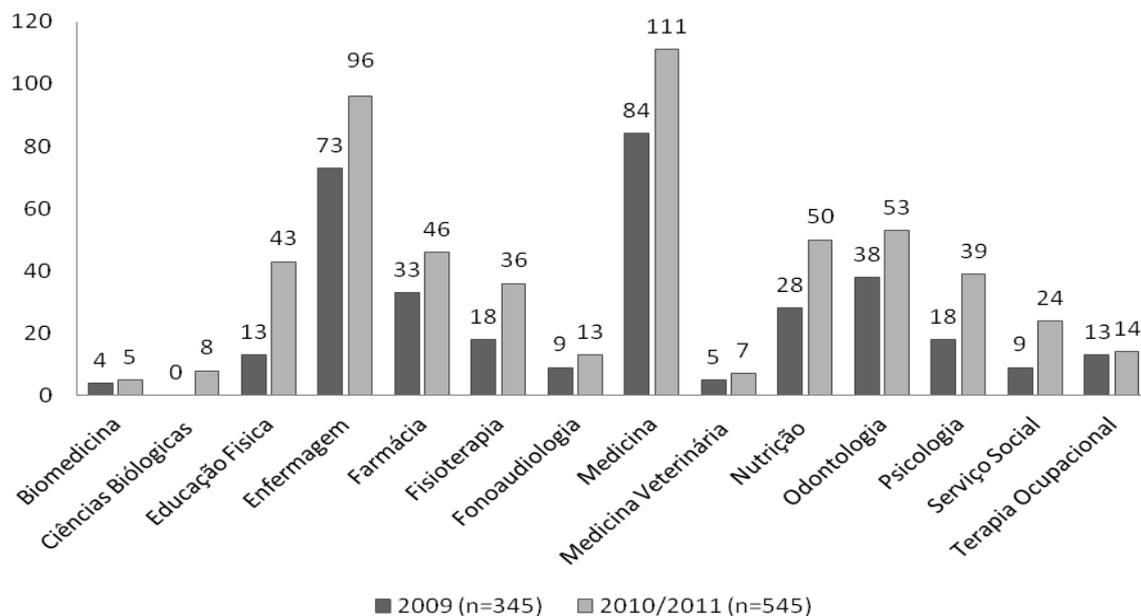
**Gráfico 4 - Número de tutores, preceptores e estudantes participantes dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2011.**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

Nos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011 participaram 545 cursos de graduação da área da saúde. Como demonstrado no gráfico 5, houve ampliação de 58% em relação ao ano de 2009.

**Gráfico 5 - Distribuição dos cursos de graduação da área da saúde nos projetos PET-Saúde/SF. Brasil, 2009 e 2010/2011.**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

Os primeiros editais tinham foco no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde<sup>XIV</sup>, como já contextualizado. A intenção foi contribuir para a Estratégia Saúde da Família, como modelo da reorganização da atenção básica, visto que uma das principais dificuldades encontradas para sua consolidação está na formação e qualificação das equipes, cujos profissionais, em geral, não foram formados para atuar com resolubilidade nesse modelo de atenção, e em conformidade com os princípios do SUS.

A Portaria nº 2.488/2011, que regulamenta a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de fato reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS. Essa Política também destaca que “a qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica

<sup>XIV</sup> No final de 2009, ocorreu uma revisão da legislação do programa, no sentido de possibilitar editais temáticos PET-Saúde, destinados a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em outras áreas estratégicas para o SUS, para além da atenção básica em saúde. Inicialmente, foi contemplada a área de Vigilância em Saúde, por meio de parceria entre a SGTES/MS, a SESU/MEC e a SVS/MS. Assim, foram publicadas: Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010; Portaria Conjunta nº 2, de 3 de março de 2010; Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010; Edital nº 07, de 03 de março de 2010; e Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010.

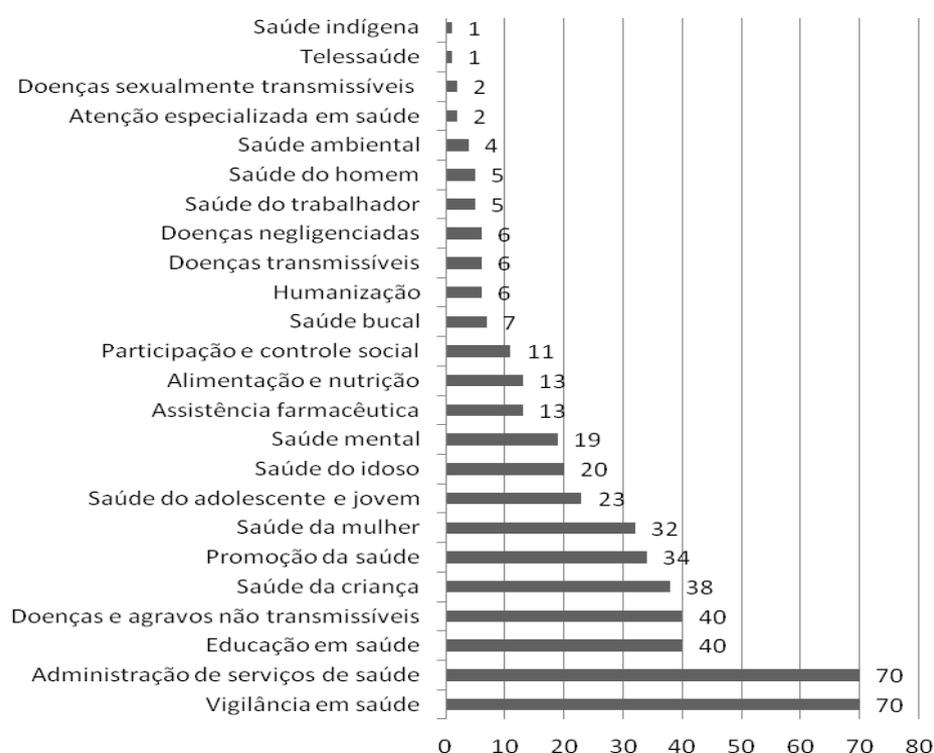
deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais”<sup>18</sup>.

Nesse sentido, no caso do PET-Saúde/SF, os cenários de práticas foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) - cerca de 90% delas com equipes de Saúde da Família - e predominantemente Unidades de Saúde da Família (USF) que somavam, em levantamento realizado no ano de 2010 pelo DEGES/SGTES/MS, 1.120 estabelecimentos integrantes do programa<sup>XV</sup>.

#### ▪ Pesquisas para Qualificação da Atenção Primária em Saúde

Além de atividades periódicas nos cenários de práticas do SUS, os integrantes dos projetos PET-Saúde/SF desenvolveram pesquisas para qualificação da Atenção Primária em Saúde. O gráfico 6 apresenta um levantamento dos temas propostos pelos projetos selecionados para participação no programa, totalizando 468 pesquisas.

**Gráfico 6 - Distribuição das pesquisas propostas pelos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011, por linha de pesquisa. Brasil, 2010.**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

<sup>XV</sup> A relação completa dessas unidades de saúde pode ser consultada, por região, na página eletrônica do programa: [www.saude.gov.br/sgtes/petsaude](http://www.saude.gov.br/sgtes/petsaude).

- **A dinâmica do financiamento**

O apoio financeiro para o desenvolvimento do programa é feito por meio do pagamento de bolsas de educação pelo trabalho aos integrantes dos projetos locais, que têm como referência as bolsas de Iniciação Científica e de Desenvolvimento Tecnológico, conforme resoluções normativas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Atualmente, o valor das bolsas de tutores acadêmicos e de preceptores é R\$ 1.045,89 (um mil e quarenta e cinco reais e oitenta e nove centavos) e o da bolsa incentivo para os estudantes é R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais). Todos os bolsistas participantes recebem um cartão bancário PET-Saúde<sup>75,76</sup>.

Os repasses financeiros são operacionalizados pelo Fundo Nacional de Saúde, em parceria com o Banco do Brasil, por meio de depósitos efetuados diretamente na conta dos beneficiários<sup>75,76</sup>.

Especificamente em relação ao PET-Saúde/SF 2010/2011, foram disponibilizadas 212.782 bolsas relacionadas às atividades desenvolvidas entre os meses de abril de 2010 e março de 2012, totalizando R\$ 131.352.689,25 (cento e trinta e um milhões, trezentos e cinquenta e dois mil, seiscentos e oitenta e nove reais e vinte e cinco centavos). A tabela 2 detalha os pagamentos efetuados no período.

**Tabela 2 - Número de bolsas PET-Saúde/SF 2010/2011 e recursos financeiros repassados – abril de 2010 a março de 2012. Brasil, 2012.**

MÊS	Nº BOLSAS PAGAS	VALOR (R\$)	Nº ORDEM BANCÁRIA	SIPAR DO PROCESSO*
<b>2010</b>				
<b>Abril</b>	8.525	5.289.911,82	2010OB813454	25000.076967/2010-73
<b>Mai</b>	8.697	5.361.434,28	2010OB816135	25000.099362/2010-51
<b>Junho</b>	8.733	5.378.509,62	2010OB819494	25000.115179/2010-18
<b>Julho</b>	8.769	5.399.014,41	2010OB822141	25000.133379/2010-44
<b>Agosto</b>	8.741	5.386.876,74	2010OB823811	25000.151461/2010-51
<b>Setembro</b>	8728	5.382.196,74	2010OB826611	25000.172164/2010-49
<b>Outubro</b>	8.704	5.370.813,18	2010OB829637	25000.191367/2010-34
<b>Novembro</b>	8.743	5.383.481,40	2010OB830506	25000.207316/2010-31
<b>Dezembro</b>	8.731	5.379.161,40	2011OB800383	25000.219732/2010-82
<b>2011</b>				
<b>Janeiro</b>	8.663	5.347.136,61	2011OB805370	25000.017138/2011-30
<b>Fevereiro</b>	8.613	5.324.335,38	2011OB808002	25000.037713/2011-11
<b>Março</b>	8.561	5.298.070,59	2011OB810148	25000.055486/2011-13
<b>Abril</b>	8.920	5.502.758,49	2011OB812155	25000.074872/2011-04
<b>Mai</b>	9.096	5.607.271,89	2011OB815010	25000.097183/2011-60
<b>Junho</b>	9.103	5.616.650,79	2011OB819518	25000.114021/2011-01
<b>Julho</b>	9.105	5.620.114,35	2011OB822388	25000.132985/2011-23
<b>Agosto</b>	9.071	5.601.701,34	2011OB824496	25000.152630/2011-51
<b>Setembro</b>	9.086	5.608.473,12	2011OB828102	25000.173303/2011-32
<b>Outubro</b>	9.100	5.614.199,01	2011OB830641/2011OB830642	25000.195868/2011-71
<b>Novembro</b>	9.116	5.620.644,90	2011OB835870	25000.215838/2011-98
<b>Dezembro</b>	9.089	5.606.809,56	2011OB800990	25000.224667/2011-98
<b>2012</b>				
<b>Janeiro</b>	8.997	5.569.574,22	2012OB805558	25000.020589/2012-35
<b>Fevereiro</b>	8.988	5.563.590,66	2012OB810631	25000.038935/2012-31
<b>Março</b>	8.903	5.519.958,75	2012OB813382/2012OB813383	25000.057865/2012-11
<b>TOTAL</b>	<b>212.782</b>	<b>131.352.689,25</b>		

Fonte: DEGES/SGTES/MS.

\*Nota: O SIPAR - Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo é um sistema de controle documental, disponível na Rede Corporativa de Microcomputadores do Ministério da Saúde. Todos os documentos recebidos e produzidos pelas unidades organizacionais devem ser registrados no SIPAR. Aos documentos registrados é atribuído automaticamente o número de registro SIPAR.

Em consulta ao *Plano Plurianual – PPA 2008-2011*, disponível no sítio eletrônico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), é possível observar que o PET-Saúde está inserido no Programa 1436, que tem como órgão responsável a SGTES/MS: *Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde*, especificamente na ação *Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS*<sup>77</sup>.

No que se refere ao planejamento financeiro, verifica-se que, dentre as ações previstas no Programa 1436, essa foi a que mais recebeu recursos no PPA 2008-2011, com previsão em 2011 de R\$ 196.783.462,00 (cento e noventa e seis milhões, setecentos e oitenta e três mil e quatrocentos e sessenta e dois reais), totalizando 42%

em relação ao total destinado às 9 (nove) ações previstas para aquele ano, que foi de R\$ 467.857.310,00 (quatrocentos e sessenta e sete milhões, oitocentos e cinquenta e sete mil e trezentos e dez reais)<sup>77</sup>.

A seguir, a ação *Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS* teve previstos para 2011 recursos da ordem de R\$ 133.023.171,00 (cento e trinta e três milhões, vinte e três mil e cento e setenta e um reais), representando 28% do valor global<sup>77</sup>. As duas ações receberam, portanto, 70% do total de recursos previstos para o Programa 1436, demonstrando a importância do aporte financeiro para a indução de ações de formação técnica e superior de acordo com as necessidades do SUS, o que ainda não se configura como uma realidade no país.

Um grande desafio que tem pautado as ações previstas é a redução das iniquidades, havendo um olhar diferenciado, por exemplo, em relação aos estados integrantes da Amazônia Legal e aos municípios em extrema pobreza. Ainda são desigualdades a serem superadas e uma melhor integração entre os distintos programas dentro de cada uma das atividades propostas no PPA também representa um desafio a ser alcançado.

Apenas um indicador consta no PPA 2008-2011 para o Programa 1436: *Taxa de Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação em Saúde (%)*<sup>77</sup>. Este indicador é calculado dividindo-se o número de profissionais qualificados (numerador) pelo número de profissionais do SUS (denominador). Trata-se de um índice que efetivamente expressa numericamente a qualificação dos trabalhadores da educação na saúde, relativamente simples de ser mensurado, e que possibilita análise comparativa ano a ano de forma clara.

No entanto, considerando todas as ações previstas no supracitado Programa, é oportuno observar que esse percentual único não contempla a amplitude de atividades desenvolvidas pelo DEGES/SGTES/MS. Além disso, muitas das ações realizadas pela Secretaria são estruturantes e envolvem mudanças de paradigmas, que nem sempre podem ser captadas por um simples indicador de caráter quantitativo.

A meu ver, o ideal seria que fossem agregados outros indicadores mais específicos que pudessem, na medida do possível, expressar alguns aspectos qualitativos das ações indutoras de valorização do trabalho e da educação na saúde desenvolvidas pela SGTES/MS, e que considerassem as particularidades de cada uma das estratégias implementadas, permitindo cotejá-las.

No sistema de informações sobre orçamento público – *SIGA Brasil*, que pode ser acessado a partir do sítio eletrônico do Senado Federal, pode-se verificar a execução orçamentária (Lei Orçamentária Anual - LOA), no período de 2008 a 2011, da ação *Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS*, conforme tabela 3<sup>78</sup>.

**Tabela 3 - Execução orçamentária da ação “Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS”. Brasil, 2008 a 2011.**

ANO	Dotação Inicial (R\$)	Autorizado (R\$)	Empenhado (R\$)	Liquidado (Subelemento) (R\$)	Pago (R\$)
2008	155.096.056	140.096.056	137.433.706	137.396.972	22.967.159
2009	160.578.848	152.578.848	149.993.580	149.993.580	87.109.834
2010	172.045.837	172.045.837	153.620.550	153.620.550	95.476.096
2011	196.783.462	213.469.088	203.709.633	203.709.633	110.704.436

Fonte: Sistema de Informações *SIGA Brasil*/Senado Federal, 2012.

Em relação às modalidades de financiamento de ações de educação na saúde, a iniciativa do PET-Saúde representou uma inovação para o Ministério da Saúde, ao estabelecer um mecanismo para pagamento direto de bolsas.

Até então, os instrumentos disponíveis para repasse de recursos eram restritos ao estabelecimento de convênios e cartas-acordo via OPAS/OMS e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), e à descentralização de recursos entre órgãos federais, por meio de repasses financeiros do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, vinculados às Secretarias de Saúde. Estas opções de financiamento muitas vezes apresentam morosidade na sua operacionalização, pelas dificuldades para a execução dos recursos em função de burocracias, processos licitatórios demorados, legislações divergentes entre as instituições envolvidas, etc., levando a uma insuficiente execução das metas físicas e financeiras planejadas.

Isso explica, para além de questões que envolvem o gerenciamento das distintas ações do Programa 1436, porque os percentuais pagos em relação aos valores empenhados/liquidados não atingiram patamares mais elevados, sendo respectivamente nos anos de 2008 a 2011 de 17%, 58%, 62% e 54%, como pode ser observado na tabela 3 deste trabalho<sup>78</sup>.

Uma das explicações para a baixa execução orçamentária verificada na LOA 2008 é justamente o fato de que o início da nova modalidade de financiamento de ações de

educação na saúde proporcionada pelo PET-Saúde, por meio de pagamento direto de bolsas para pessoas físicas, ocorreu apenas a partir de 2009. A iniciativa, de imediato, proporcionou elevação significativa na execução dos recursos destinados à SGTES/MS, uma vez que o programa tem obtido execução financeira próxima de 100%. Exemplificando, foram empenhados para o ano de 2011 recursos da ordem de R\$ 70.461.366,00 (setenta milhões, quatrocentos e sessenta e um mil e trezentos e sessenta e seis reais) destinados ao PET-Saúde, conforme dados disponibilizados pela Coordenação Geral de Planejamento (CGPLAN/SGTES/MS). Como é possível observar na tabela 2, nesse ano foram pagas bolsas de educação pelo trabalho no valor de R\$ 66.368.166,03 (sessenta e seis milhões, trezentos e sessenta e oito mil, cento e sessenta e seis reais e três centavos), ou seja, 94% do total planejado e empenhado.

#### ▪ **Sistema de Informações Gerenciais – SIG-PET-Saúde**

O gerenciamento do programa e a operacionalização dos pagamentos ocorrem por meio do SIG-PET-Saúde, desenvolvido por técnicos do DEGES/SGTES/MS (figura 2). O Sistema viabiliza a inserção e validação dos dados cadastrais dos participantes, as autorizações/homologações mensais de pagamento das bolsas e registros da execução técnica de atividades desenvolvidas.

Atualmente, seu acesso é feito por meio do endereço [www.saude.gov.br/sigpet](http://www.saude.gov.br/sigpet). O SIG-PET-Saúde mostrou-se eficiente no que se refere ao cadastramento e à operacionalização dos pagamentos ao longo dos anos de 2009 a 2012, e está sendo aprimorado pela equipe de informática, de forma a ampliar o número de informações sobre o desenvolvimento dos projetos e, conseqüentemente, o monitoramento da execução técnica do programa.

#### ▪ **Página e Correio Eletrônicos PET-Saúde**

Dúvidas podem ser esclarecidas por meio do correio eletrônico [petsaude@saude.gov.br](mailto:petsaude@saude.gov.br), como mencionado anteriormente. A página eletrônica governamental do programa é acessível a partir do sítio da SGTES/MS ou, para acesso rápido, pelo endereço [www.saude.gov.br/sgtes/petsaude](http://www.saude.gov.br/sgtes/petsaude) (figura 3).

Figura 2 - Sistema de Informações Gerenciais PET-Saúde/SF. Brasil, 2011.

The screenshot shows the 'Alterar Projeto' page in the PET-Saúde system. The browser window title is 'Alterar Projeto - Mozilla Firefox'. The address bar shows the URL: 'dtr2002.saude.gov.br/sigpet/projetos/alt\_projeto.asp?co\_seq\_projetosies=192&con=2'. The page header includes the 'Ministério da Saúde' logo and the 'PET-Saúde' logo with the tagline 'Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde'. A welcome message reads 'Olá, Teresa Maria Passarella. Bem-vindo ao Sistema.' with a 'Sair' button. The left sidebar contains a 'Projetos' menu with options: 'Incluir', 'PET-Saúde 2009', 'PET-Saúde 2010/2011', 'Participante', 'Coordenador', 'Homologação', and 'Relatórios'. The main content area is titled 'Dados do Projeto' and contains the following information:

- Sipar:** 25000.009258/2010-82
- UF:** BA
- Município:** JEQUIE
- Quantidade de Grupos Aprovados:** 4
- Alterar** button
- Pesquisa(s) para Qualificação da Atenção Básica em Saúde:**

Nº	Título(a) da(s) Pesquisa(s)	Detalhes
1	ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DE GESTANTES ACOMPANHADAS PELA ESF DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA	
2	POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES EXISTENTES EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ, BA	
3	PREVENÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA EM GRUPOS DE GESTANTES E MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA	
- Instituição:**

Nome das Instituições
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE JEQUIE
- Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica:**

Atividades	Data Início
Clique para ver os detalhes	07/05/2010

The footer of the page includes links for 'Sobre o SIGPET', 'Suporte Técnico', and 'Mapa do Site'. The browser taskbar shows several open windows and the system clock at 14:39.

Fonte: DEGES/SGTES/MS

Figura 3 - Página eletrônica inicial do PET-Saúde. Brasil, 2012.

The screenshot shows the initial page of the PET-Saúde website. The browser window title is 'Portal da Saúde - v x'. The address bar shows the URL: 'portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\_area=1597'. The page header includes the 'portal da saúde' logo and a search bar. Below the header is a navigation menu with categories: 'Cidadão', 'Profissional e Gestor', 'Ministério', 'Serviços', and 'Biblioteca'. The main content area is divided into several sections:

- PET-SAÚDE:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. [Continue lendo \[+\]](#)
- NOTÍCIAS:** SGTEs divulga resultado de PRÓ e PET-Saúde. A secretaria divulgou ontem, dia 3 de abril, a Portaria nº 6, que homologa o resultado do processo de seleção das propostas de Instituições de Educação Superior (IES) que, em conjunto com Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, se candidataram aos programas Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). [Continue lendo \[+\]](#)
- SAIBA MAIS SOBRE O PET-SAÚDE:**
  - >> Objetivos e resultados
  - >> Quem e como participar?
  - >> Parcerias
  - >> Projetos
  - >> Monitoramento e Avaliação
- PROJETOS PET-SAÚDE:**
  - >> Acesso Direto
  - >> Bolsas
  - >> Cenários de Práticas
  - >> Pesquisas Desenvolvidas
  - >> Links relacionados
  - >> Logomarca do PET-Saúde
  - >> Gerenciamento do Programa (SIG/PET-SAÚDE)
- DESTAQUES:**
  - >> II Seminário de PET-Saúde da Família de Campina Grande: Integrando Práticas e Construindo Saberes
  - >> Pró e Pet-Saúde integrados em 2012 ampliam atuação dos estudantes nos serviços de saúde e contribuem para a construção das redes de atenção à saúde do SUS.
  - >> PET-Saúde da Família da UEFs promove discussões sobre o Decreto nº 7.508/11.
  - >> Projeto PET-Saúde/Vigilância em Saúde participa de atividades comemorativas ao 10º aniversário da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST).
  - >> PET-Saúde aproxima alunos e pacientes no atendimento público.
  - >> Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção da UNISC convida para apresentação de trabalhos.
  - >> PET-Saúde/SF UNIR/Porto Velho (RO) divulga blog na temática Saúde do Trabalhador.
  - >> Mais Destaques
- AGENDA 2012:**
  - >> 19 a 24 de março - 2ª Semana de Combate à Tuberculose em Santa Cruz do Sul
- AVISOS:**
  - Avisos aos coordenadores
- LEGISLAÇÃO E PUBLICAÇÃO:**

The footer of the page includes the 'PRO-SAÚDE' logo and the system clock at 14:22.

Fonte: DEGES/SGTES/MS.

### ▪ **Monitoramento, Avaliação e Indicadores utilizados**

Quando instituído o programa, e em conformidade com a legislação vigente, o monitoramento e a avaliação dos grupos PET-Saúde encontravam-se fundamentados nos seguintes indicadores/diretrizes<sup>66</sup>:

- Relatório técnico semestral e final das atividades dos grupos PET-Saúde, conforme roteiro estabelecido pelo DEGES/SGTES/MS;
- Participação dos alunos em atividades, projetos e programas de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito do PET-Saúde;
- Desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas, contribuindo para a implementação das DCN dos cursos de graduação da área da saúde;
- Produção de conhecimento relevante na área da APS;
- Planos de pesquisa em consonância com as áreas estratégicas de atuação da PNAB;
- Atuação multiprofissional e interdisciplinar e integração ensino-serviço;
- Interação com a comunidade;
- Alinhamento das atividades dos grupos PET-Saúde a políticas públicas e de desenvolvimento na sua área de atuação (Pró-Saúde, PNEPS, Programa TELESSAÚDE Brasil, Sistema Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS, entre outras);
- Publicações e participações dos tutores acadêmicos, preceptores e estudantes em eventos científicos;
- Instituição e desenvolvimento de atividades no âmbito dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica (NECAAB);
- Relatórios de auto-avaliação de estudantes, preceptores e tutores;
- Resultados dos processos avaliativos do MEC, considerando o SINAES; e
- Inserção de informações atualizadas no SIG-PET-Saúde pelos coordenadores dos projetos (no que se refere aos dados cadastrais dos participantes, autorizações mensais de pagamento das bolsas e registros da execução técnica de atividades desenvolvidas).

## 5. A PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS LOCAIS DO PET-SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

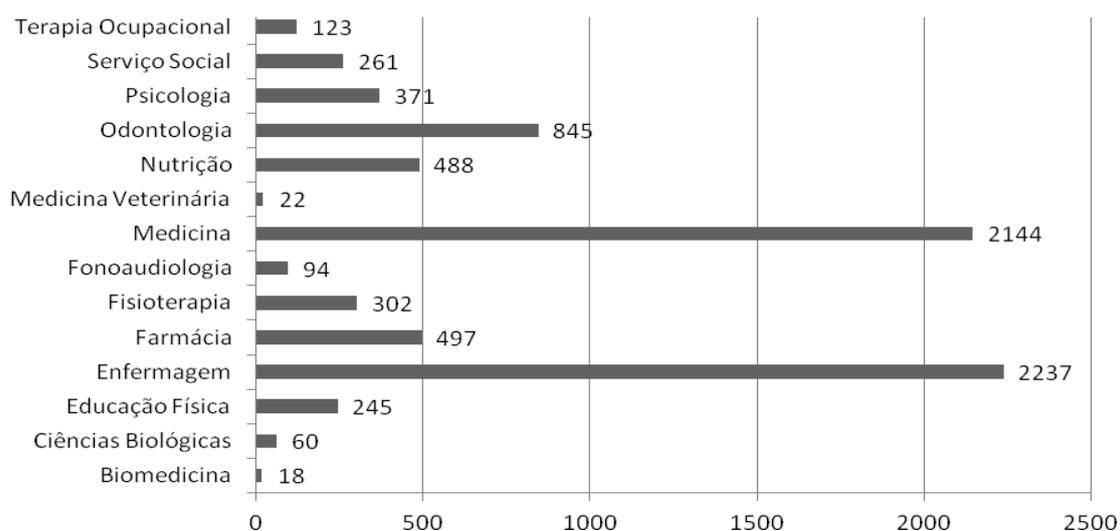
### 5.1. Caracterização dos sujeitos locais que responderam aos instrumentos de pesquisa

Os 107 coordenadores PET-Saúde/SF que responderam o relatório final de atividades - **formulário semi-estruturado** - são docentes e profissionais de universidades e serviços de saúde.

Os gráficos e a tabela na sequência apresentam as respostas ao **formulário estruturado**, com informações sobre a formação profissional ou em curso, a categoria e o tempo de participação no programa, e a procedência dos integrantes da pesquisa.

Quando questionados sobre a formação profissional básica ou em curso, 7.674 dos 7.712 entrevistados responderam à pergunta (99,51%), como demonstrado no gráfico 7, em que os cursos de enfermagem e medicina aparecem em número mais expressivo (somados, representam 56,84% das marcações), seguidos por odontologia (10,96%), farmácia (6,45%) e nutrição (6,33%). Importante destacar que, mesmo em número menor, todos os 14 cursos de graduação da área da saúde estão representados. Além dessa formação, muitos dos participantes registraram possuir curso técnico, de graduação e pós-graduação complementares, em áreas como pedagogia, direito, ciências sociais, administração e saúde pública.

**Gráfico 7 - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme formação profissional ou curso de graduação. Brasil, 2012.**



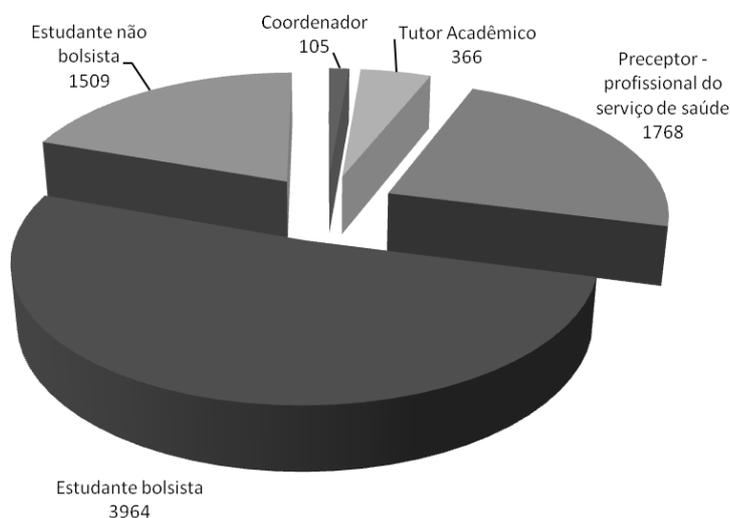
Base: 7674 respondentes\*

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

\*Nota: 33 entrevistados assinalaram dois cursos de formação básica, pois nessa questão era possível selecionar mais de uma opção, por isso o total de 7707 marcações.

Todos os 7712 entrevistados responderam à questão sobre qual segmento representavam no PET-Saúde/SF, como apresentado no gráfico 8.

**Gráfico 8 - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme segmento representado. Brasil, 2012.**



Base: 7712 respondentes

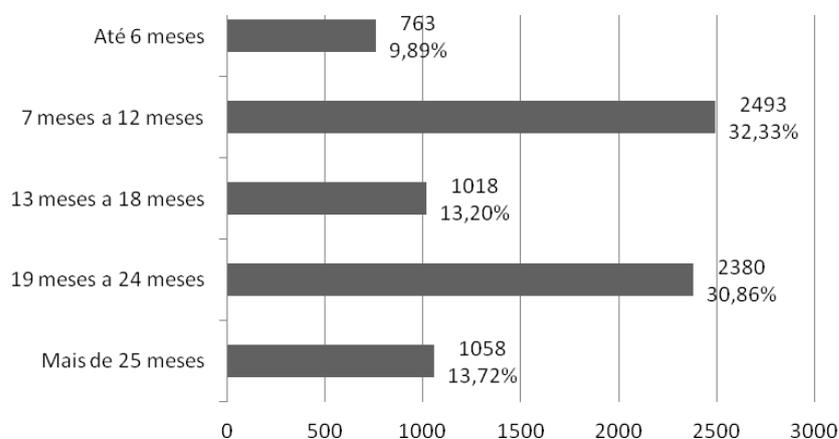
Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Considerando a proporção entre os integrantes de cada grupo tutorial, já apresentada anteriormente (um tutor e seis preceptores, para até 30 estudantes bolsistas e voluntários), observa-se percentual muito mais expressivo de alunos na pesquisa (71%), seguidos pelo segmento de preceptores (23%). Coordenadores e tutores acadêmicos totalizam os demais 6% participantes.

Assim sendo, as respostas às questões do formulário estruturado estão apresentadas em gráficos considerando o total de respondentes, como também em tabelas que detalham as informações coletadas de acordo com o segmento representado.

O tempo de participação dos entrevistados no programa está apresentado no gráfico 9. Menos de 10% dos entrevistados responderam ter atuado por tempo inferior a seis meses. O percentual mais significativo nos períodos de 7 a 12 meses e de 19 a 24 meses se justifica pelo maior número de estudantes na pesquisa, e sugere participação restrita a um ou dois anos letivos, no sentido de oportunizar a experiência a novos alunos/participantes.

**Gráfico 9 - Distribuição dos participantes da pesquisa, conforme tempo de participação no Programa. Brasil, 2012.**



Base: 7712 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

No entanto, quando observamos as respostas somente de coordenadores/tutores acadêmicos (75,16% participaram por mais de 19 meses) e dos preceptores (65,95% integraram o programa por mais de 19 meses), é possível verificar maior tempo de permanência, o que ocorreu em especial no caso dos coordenadores. A tabela 4 apresenta esse recorte.

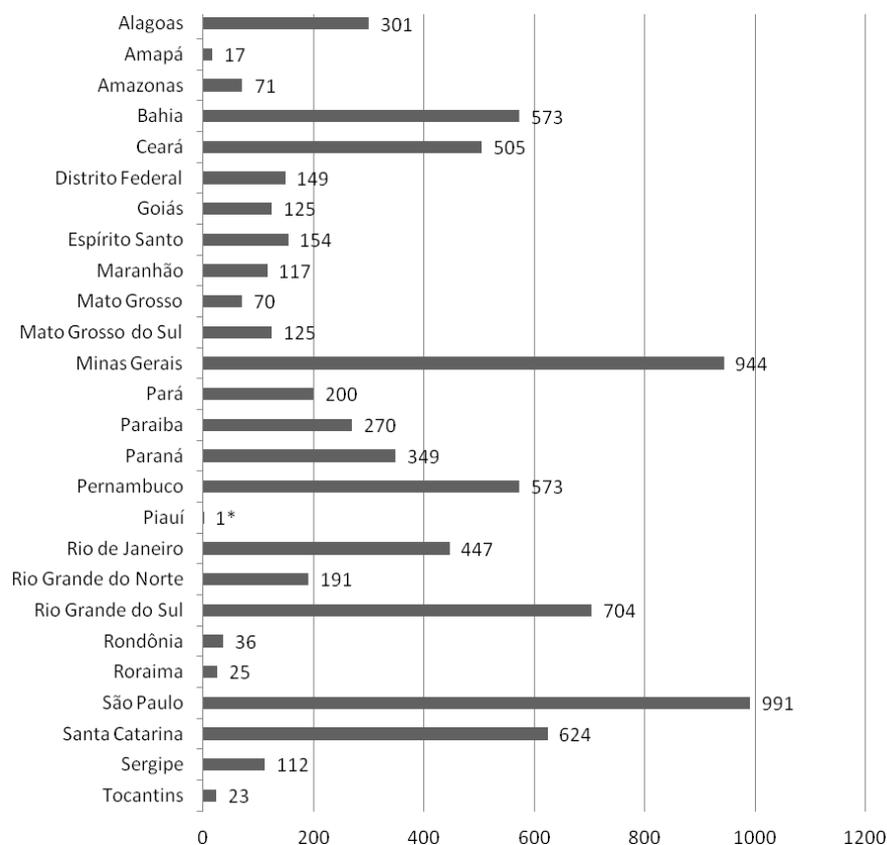
**Tabela 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa por segmento representado, conforme tempo de participação no Programa. Brasil, 2012.**

Tempo de Participação no PET-Saúde/SF	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Até 6 meses	22	4,67	93	5,26	648	11,84
7 meses a 12 meses	53	11,25	291	16,46	2149	39,26
13 meses a 18 meses	42	8,92	218	12,33	758	13,85
19 meses a 24 meses	151	32,06	661	37,39	1568	28,65
Mais de 25 meses	203	43,10	505	28,56	350	6,40
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>100</b>	<b>1768</b>	<b>100</b>	<b>5473</b>	<b>100</b>

Base: 7712 respondentes (471 coordenadores/tutores, 1768 preceptores e 5473 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

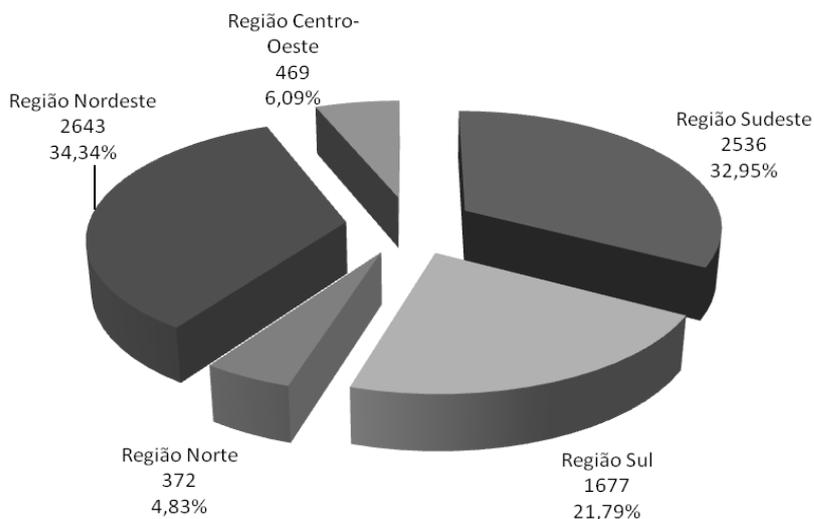
No que se refere à procedência dos entrevistados, 7.697 preencheram essa informação no formulário eletrônico (99,81%), cujas respostas encontram-se no gráfico 10, por estado da federação e no gráfico 11, por região do país.

**Gráfico 10 - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme estado da federação. Brasil, 2012.**

Base: 7697 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

\*Nota: O Piauí, assim como o estado do Acre, não apresentou projetos para participação no PET-Saúde/SF. Assim, esse único respondente do Piauí participou de projeto desenvolvido em um estado vizinho.

**Gráfico 11 - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme região do país. Brasil, 2012.**

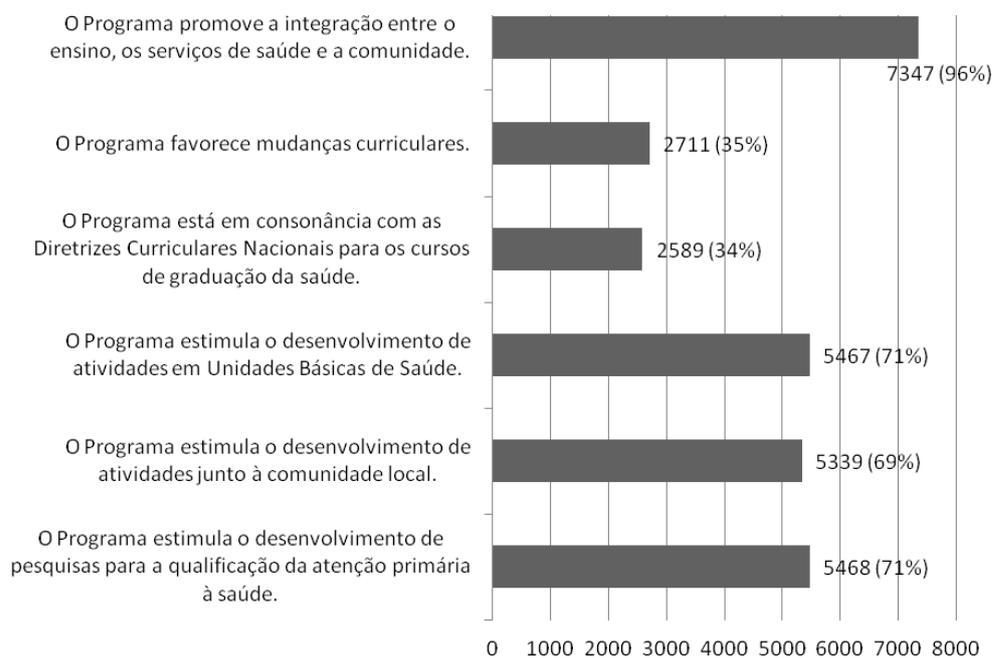
Base: 7697 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

## 5.2. Percepção dos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos do PET-Saúde/SF

Uma das questões do formulário estruturado buscava identificar a compreensão dos integrantes do programa sobre os objetivos do PET-Saúde/SF. Responderam à pergunta 7691 participantes (99,73% dos entrevistados), conforme demonstrado no gráfico 12, em que podiam assinalar quantas opções desejassem, de acordo com sua percepção pessoal.

**Gráfico 12 - Percepção dos participantes da pesquisa sobre os objetivos do Programa. Brasil, 2012.**



Base: 7691 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

As respostas dos entrevistados, de acordo com a categoria de participação no programa, estão apresentadas na tabela 5.

**Tabela 5 - Percepção dos participantes da pesquisa sobre os objetivos do Programa, por segmento representado. Brasil, 2012.**

Qual sua compreensão sobre os objetivos do PET-Saúde/Saúde da Família?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
O Programa promove a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade.	464	98,51	1727	97,90	5156	94,50
O Programa favorece mudanças curriculares.	344	73,04	948	53,74	1419	26,01
O Programa está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da saúde.	351	74,52	772	43,76	1466	26,87
O Programa estimula o desenvolvimento de atividades em Unidades Básicas de Saúde.	394	83,65	1363	77,27	3710	68,00
O Programa estimula o desenvolvimento de atividades junto à comunidade local.	390	82,80	1330	75,40	3619	66,33
O Programa estimula o desenvolvimento de pesquisas para a qualificação da atenção primária à saúde.	416	88,32	1448	82,09	3604	66,06

Base: 7691 respondentes (471 coordenadores/tutores, 1764 preceptores e 5456 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Um percentual muito elevado de participantes (96%) aponta a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade, como um dos objetivos do PET-Saúde/SF. Esse resultado não se altera, quando considerada a categoria de participação no programa (98,51%, 97,90% e 94,50%, respectivamente, segundo coordenadores/tutores, preceptores e estudantes).

Aproximadamente 70% dos entrevistados assinalaram outras três das assertivas propostas, “*O Programa estimula o desenvolvimento de atividades em Unidades Básicas de Saúde*”, “*O Programa estimula o desenvolvimento de atividades junto à comunidade local*”, e “*O Programa estimula o desenvolvimento de pesquisas para a qualificação da atenção primária à saúde*”, muito associadas com a própria integração ensino-serviço-comunidade. Quando efetuado o recorte por segmento representado, é possível observar que coordenadores/tutores e preceptores reconheceram de forma ainda mais expressiva essas opções como objetivos do PET-Saúde/SF, a exemplo do estímulo às pesquisas (88,32% e 82,09%, respectivamente).

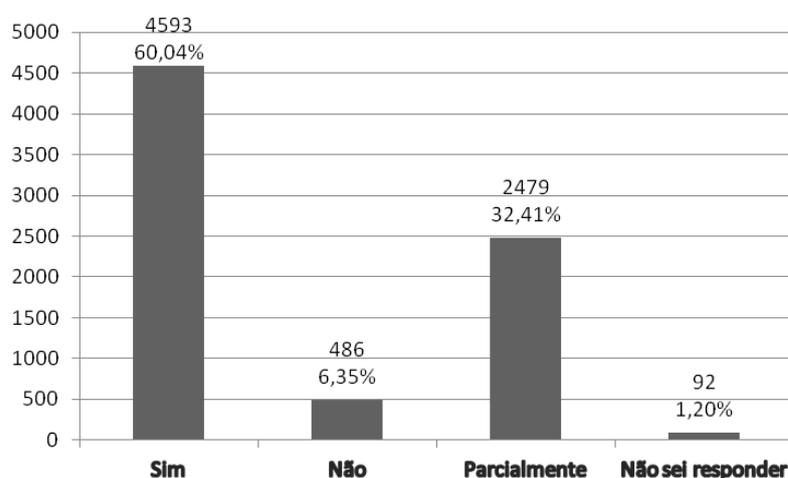
O resultado geral de respostas a essa questão aponta que 35% e 34% dos respondentes assinalaram, respectivamente, as outras duas assertivas, qual sejam, “*O Programa favorece mudanças curriculares*” e “*O Programa está em consonância com*

as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da saúde*". Esses percentuais, no entanto, são reflexos da maior representação de estudantes na pesquisa, como podemos observar na tabela 5. A proporção de marcações acima de 70% por parte dos coordenadores e tutores, ao identificar também essas duas opções como objetivos do programa, reflete o olhar da academia sobre o potencial do PET-Saúde nos movimentos de mudanças na graduação, em sintonia com as DCN.

### 5.3. A construção da agenda de atividades entre as instituições de ensino e os serviços de saúde

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre se consideravam ter ocorrido um trabalho conjunto entre as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde para o desenvolvimento das atividades dos grupos PET-Saúde/SF. Dos 7712 entrevistados, 7650 (99,20%) responderam à indagação, cujas respostas estão sistematizadas no gráfico 13 e, segundo categoria de participação no programa, na tabela 6.

**Gráfico 13 - Percepção dos participantes da pesquisa sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**



Base: 7650 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 6 - Percepção dos participantes da pesquisa, por segmento representado, sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**

Em sua opinião, houve um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços públicos de saúde para o desenvolvimento das atividades dos grupos PET-Saúde/SF?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	n	%	n
Sim	305	65,45	1248	71,11	3040	56,00
Não	13	2,79	58	3,31	415	7,64
Parcialmente	147	31,55	444	25,30	1888	34,78
Não sei responder	1	0,21	5	0,28	86	1,58
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1755</b>	<b>100</b>	<b>5429</b>	<b>100</b>

Base: 7650 respondentes (466 coordenadores/tutores, 1755 preceptores e 5429 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

O gráfico geral demonstra que 60,04% do total de respondentes consideraram ter ocorrido um trabalho conjunto entre as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde para o desenvolvimento das atividades, e 32,41% julgaram ter ocorrido apenas parcialmente. Interessante observar, conforme tabela 6, que os preceptores avaliaram de forma mais expressiva a ocorrência dessa parceria (71,11% responderam afirmativamente).

A tabela 7 apresenta as respostas a essa pergunta por região do país. A região Sul teve o maior percentual de entrevistados que responderam afirmativamente à questão (65,59%), enquanto na região Norte 48,51% assim o fizeram e 41,46% consideraram que o trabalho conjunto entre IES e serviços ocorreu apenas parcialmente.

**Tabela 7 - Percepção dos participantes da pesquisa, por região do país, sobre ter ocorrido um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**

Em sua opinião, houve um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços públicos de saúde para o desenvolvimento das atividades dos grupos PET-Saúde/SF?	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Sim	179	48,51	1571	59,82	265	57,23	1092	65,59	1479
Não	31	8,40	190	7,24	27	5,83	69	4,14	169	6,72
Parcialmente	153	41,46	837	31,87	165	35,64	485	29,13	834	33,16
Não sei responder	6	1,63	28	1,07	6	1,30	19	1,14	33	1,31
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>	<b>2626</b>	<b>100</b>	<b>463</b>	<b>100</b>	<b>1665</b>	<b>100</b>	<b>2515</b>	<b>100</b>

Base: 7638 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

*Nota: 12 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo "Estado" no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.*

De uma forma geral, também nos 107 relatórios técnicos finais de atividades desenvolvidas pelos grupos PET-Saúde/SF 2010/2011, os coordenadores dos projetos registraram que a agenda de ações proposta no âmbito do programa foi construída em conjunto pelas instituições de ensino e serviços de saúde.

A maioria dos coordenadores apontou um processo de construção coletiva, tanto na formulação dos projetos, quanto no seu desenvolvimento, registrando que os mesmos foram organizados e conduzidos com permanente troca de conhecimentos e práticas entre a comunidade acadêmica e os trabalhadores da saúde/educação, usuários e comunidades atendidas. Segundo eles, essa troca de experiências promoveu alteração nos processos de trabalho em saúde e educação, mudanças na relação dos membros das instituições de ensino com os campos de prática e entre os atores sociais envolvidos.

*“...Houve uma construção conjunta de ambas instituições, havendo uma parceria efetiva e com integração entre docentes e gestão municipal representada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Rede de Atenção Primária...”*

*“...O trabalho, especificamente nos grupos tutoriais, foi planejado e executado em comum acordo com preceptores, gerentes, coordenadores da atenção básica, coordenadores da educação permanente, ACS, estudantes e demais integrantes do projeto, considerando as necessidades locais (do território)...”*

Os relatórios evidenciaram o cuidado em considerar as necessidades da comunidade e dos serviços de saúde na definição da agenda de atividades dos grupos PET-Saúde.

*“...As atividades a serem desenvolvidas foram discutidas entre a Coordenação da Universidade e a Secretaria Municipal ... quebrando de certa forma, um vício histórico, no qual a academia se apropriava dos espaços dos serviços e comunidades propondo atividades extremamente acadêmicas, por um lado planejando atividades sem aplicação prática e distante da realidade dos serviços, e ainda, por outro, utilizando a comunidade apenas como objeto de estudo de acordo com os interesses curriculares ou de pesquisa, sem trazer benefícios reais para a sua realidade...”*

*“...Outra estratégia, empregada na definição da agenda de atividades e dos estudos que foram conduzidos no PET-Saúde, foi identificar e caracterizar, em cada equipe/território da ESF, os problemas mais prevalentes da população e os meios adequados e necessários para o enfrentamento das condições levantadas...”*

*“...A agenda de atividades do projeto foi construída conjuntamente pela universidade e representantes dos serviços a partir dos problemas identificados nos territórios das USF, que passam a ser objeto de investigação e intervenção articulado com gestão municipal na minimização dos nós críticos a serem enfrentados na micropolítica do trabalho em saúde, na construção de linha do cuidado para a rede de atenção. Tal perspectiva iniciou pelo acolhimento da equipe de saúde, estudantes, tutores e usuários numa relação de humanização, valorização dos saberes, busca de autonomia percebendo as subjetividades que envolviam os atores sociais no processo de trabalho com observações e reflexões no modo de operar diante dos problemas identificados...”*

Por outro lado, apesar dessas considerações que sinalizam para significativos avanços na integração ensino-serviço-comunidade, alguns relatórios apontaram dificuldades na articulação com a gestão municipal de saúde.

*“...Houve pouca participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em decorrência das mudanças administrativas e políticas que o município sofreu nos últimos 3 anos...”*

*“...Em algumas ocasiões, o que se observou foi uma demora em retornos por parte do gestor. No período ocorreram muitas mudanças de Secretários Municipais da Saúde, o que dificultou um pouco a relação...”*

*“...Foi estabelecido um termo de compromisso entre a Universidade e Secretaria Municipal de Saúde..., devidamente assinado pelos gestores (Pró-reitor de Ensino da Universidade...e o Secretário Municipal de Saúde). A pactuação foi realizada durante a elaboração da proposta, entretanto, na prática, parece que não se observou a participação das Unidades de Saúde. Mudanças nas diretorias administrativas de algumas unidades podem ter sido responsáveis por esta ocorrência...”*

*“...Nestes últimos três anos “perdemos” um município,... por não renovação do convênio com a prefeitura. Manter atividades fora da capital não é fácil e o PET-Saúde qualificou essas atividades...”*

*“...O Convênio que trata especificamente da integração das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos da área da saúde que envolvem a presença de docentes e acadêmicos nos Serviços de Saúde não está mais vigente. Os termos de um novo Convênio, já apresentado em diversas ocasiões, têm esbarrado em instâncias burocráticas e administrativas, o que dificulta em alguns momentos o desenvolvimento de ações em parceria...”*

Quando questionados sobre a existência de instrumento jurídico legal entre a Instituição de Educação Superior e a Secretaria de Saúde, 6 (seis) coordenadores informaram não haver essa formalização da articulação ensino-serviço, 2 (dois) relataram estar *“em fase de elaboração”*, 9 (nove) não deixaram claro nos relatórios a existência desse instrumento, e 90 responderam afirmativamente. Neste caso, referiram e especificaram o estabelecimento de convênios, termos de compromisso, termos de contrato de parceria, acordos de cooperação técnica entre as partes. Foram citados: *“...convênio que define as atribuições e competências de ambas as instituições e regulamenta as atividades de estágio, extensão e pesquisa...”*; *“...existe instrumento jurídico legal entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação que assegura que as unidades de saúde e escolas municipais representam cenários de prática para atividades de ensino, pesquisa e extensão (Convênios firmados entre a Universidade e a Prefeitura Municipal...), Termos de cooperação e parcerias...”*; *“...o instrumento legal existe anteriormente ao PET-Saúde, em função das atividades de estágio, extensão e pesquisa próprias da Universidade...”*.

Alguns relatórios sinalizaram avanços na institucionalização dessa parceria.

*“...Em fase de elaboração/discussão um projeto de lei municipal para regulamentar a integração-ensino-serviço...”*

*“...Uma iniciativa importante que é protagonizada pela SMS e tem sido apoiada pela Universidade... é a elaboração de projeto de lei municipal que regulamenta a Rede Escola e permite vislumbrar a longo prazo a continuidade de ações nessa perspectiva...A Secretaria Municipal de Saúde ... sempre participou do Núcleo de Excelência Clínica em Atenção Básica e desenvolve as atividades em parceria com a Universidade... através da Política da Rede Escola, com uma visão da Educação Permanente integrando ensino, gestão, atenção e controle social...”*

*“...Todas as unidades básicas de saúde do município são consideradas (com instrumento legal) como unidades de ensino e a universidade tem convênio formal com a SMS...”*

Nos casos em que foi mencionado não haver instrumento jurídico-legal que subsidie a relação entre a universidade e a secretaria de saúde, os coordenadores apontaram diferentes fóruns de discussão dos projetos de ensino nas redes de atenção à saúde, buscando sua legitimação, como as CIB, CIES, os Conselhos de Saúde, as Comissões Gestoras Locais do Pró-Saúde, os Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica do PET-Saúde (*“visível atuação do NECAAB como fórum de discussão e mediação dos trabalhos”*), e os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (*“responsável por todo o ordenamento, monitoramento e avaliação das atividades de ensino e de pesquisa junto aos serviços da Secretaria de Saúde”*). Resoluções e pareceres referentes à pactuação dos projetos nesses espaços foram destacados.

Alguns coordenadores pontuaram a importância dos dispositivos legais para operar a integração ensino-serviço, sem o que *“qualquer proposta pedagógica seria incompleta, retardando o logro de consensos a respeito de questões sobre o que envolve os processos pedagógicos e formativos”*.

*“...Esses convênios têm se constituído como dispositivo relevante na gestão e organização de processos formadores mais aproximados da realidade/trabalho e otimização dos cenários de prática, o que confere aos gestores dos serviços de saúde e das coordenações dos cursos de graduação uma visão ampla da abrangência das ações formativas planejadas e espaços de atuação, numa proposta de responsabilidade sanitária das instituições envolvidas...”*

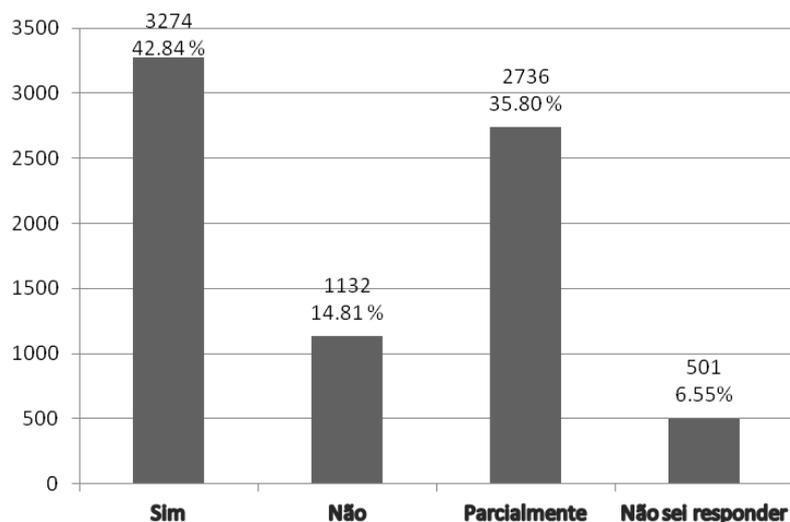
*“...O curso de medicina foi concebido para ter seu projeto pedagógico desenvolvido em parceria com as instituições de saúde do SUS, tendo os acordos e convênios sido estabelecidos entre as instituições desde antes de sua implantação. Neste sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde foi fundamental para a consolidação das propostas originais de integração com o sistema de saúde municipal...”*

#### **5.4. Controle social e sustentabilidade: há mecanismos que apontam para a institucionalização da integração?**

Uma das questões do formulário estruturado buscava verificar se houve algum tipo de controle/participação social nos projetos locais. O gráfico 14 apresenta as

respostas à pergunta “*Em sua opinião, houve envolvimento do controle/participação social no decorrer do projeto ao qual esteve vinculado?*”, sendo que 7643 (99,11%) dos entrevistados se manifestaram em relação a essa indagação.

**Gráfico 14 - Percepção dos entrevistados sobre ter ocorrido controle/participação social no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**



Base: 7643 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Observa-se que 42,84% responderam afirmativamente, enquanto 35,80% consideraram que o envolvimento do controle/participação social no decorrer dos projetos PET-Saúde/SF ocorreu de forma parcial.

O recorte considerando o segmento representado consta na tabela 8. Vale registrar que a maioria dos coordenadores e tutores acadêmicos (54,18%) avaliou que a existência do controle/participação social ocorreu apenas parcialmente.

**Tabela 8 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre ter ocorrido controle/participação social nos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**

Em sua opinião, houve envolvimento do controle/participação social no decorrer do projeto ao qual esteve vinculado?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	117	25,05	683	38,85	2474	45,66
Não	86	18,41	338	19,23	708	13,07
Parcialmente	253	54,18	689	39,19	1794	33,11
Não sei responder	11	2,36	48	2,73	442	8,16
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>100</b>	<b>1758</b>	<b>100</b>	<b>5418</b>	<b>100</b>

Base: 7643 respondentes (467 coordenadores/tutores, 1758 preceptores e 5418 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 9 apresenta os resultados por região do país, sendo que não se altera significativamente a soma dos que responderam “sim” e “parcialmente” (acima de 75% em cada região), porém, quando se analisam os resultados do Centro-Oeste, destaca-se que apenas 33,05% responderam afirmativamente à questão.

**Tabela 9 - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre ter ocorrido controle/participação social nos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**

Em sua opinião, houve envolvimento do controle/participação social no decorrer do projeto ao qual esteve vinculado?	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	180	48,78	1138	43,45	154	33,05	738	44,46	1059	42,07
Não	45	12,19	395	15,08	82	17,60	225	13,55	382	15,18
Parcialmente	126	34,15	950	36,27	199	42,70	575	34,64	883	35,08
Não sei responder	18	4,88	136	5,20	31	6,65	122	7,35	193	7,67
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>100</b>	<b>2619</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1660</b>	<b>100</b>	<b>2517</b>	<b>100</b>

Base: 7631 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Nota: 12 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo “Estado” no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.

No que diz respeito ao questionário semi-estruturado, 84 coordenadores referiram a existência de controle social no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF e 23 mencionaram não ter havido participação social, ou ter ocorrido de forma apenas parcial.

*“...Existem mecanismos de controle social, porém a participação dos representantes dos conselhos locais não ocorreu no cotidiano do desenvolvimento das ações. Sua participação esteve restrita às reuniões do Comitê Gestor Local...”*

*“...No entanto, muito há que se caminhar para a efetiva consolidação do processo. O Controle Social teve várias mudanças de representantes, o que dificultou a participação, apesar dos convites insistentes, por vezes não se fez presente. A cada momento havia sempre um recomeço...”*

Houve relatos de promoção de atividades de educação permanente para sujeitos sociais no âmbito dos projetos PET-Saúde, com envolvimento de associações de moradores de bairros, lideranças comunitárias e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), democratizando temas práticos da APS e assuntos pertinentes à gestão em saúde pública. Também foi mencionada a participação de integrantes dos grupos tutoriais nas pré-conferências/conferências distritais/municipais/estaduais de saúde realizadas em 2011; nos conselhos locais, regionais, municipais e estaduais de saúde; em seminários como os que trataram da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS/SGEP/MS); em oficinas com os trabalhadores dos serviços; em grupos

de discussão e planejamento sobre a política de humanização; nas capacitações dos conselheiros de saúde; além de ações de mobilização da comunidade relacionadas aos Conselhos Locais de Saúde e nas oficinas de planejamento e avaliação das atividades desses conselhos.

Ainda, algumas pesquisas foram desenvolvidas a partir da temática *Participação e Controle Social* com objetivos diversos, tais quais: (1) sensibilizar a comunidade sobre a importância de sua participação nas decisões relativas aos serviços de saúde, detectar possíveis lideranças comunitárias, apresentar projetos e forças existentes na comunidade e fornecer orientação à população local sobre saúde; (2) analisar a construção de conhecimentos sobre saúde e cidadania após a participação em oficinas educativas de promoção da saúde; e (3) caracterizar o perfil de conselheiros de saúde e dos movimentos sociais e avaliar a capacidade de articulação entre o Conselho Regional de Saúde e os movimentos sociais, propondo estratégias de mobilização social.

*“...Quanto ao Controle Social, observa-se que sua participação tem sido crescente...passamos a apresentar os relatórios dos Programas nas reuniões dos Conselhos Locais e Distritais, o que não era prática no início destes programas... cabe registrar que docentes e alunos participaram das reuniões preparatórias e da Conferência Municipal de Saúde realizada em junho de 2011..., fato que não costumava ocorrer anteriormente...”*

*“...As atividades que seriam desenvolvidas pelo PET-Saúde foram apresentadas pelos grupos de alunos nas reuniões dos conselhos locais e lideranças das unidades de saúde onde estavam inseridos para melhor conhecerem os objetivos do PET-Saúde. Houve contato com as lideranças locais por meio de visitas domiciliares a fim de reconhecer o histórico da organização popular das comunidades acompanhadas. Também foi oportunizada a participação em reuniões do conselho local de saúde. Os grupos participaram da 8ª Conferência Distrital de Saúde... cujo tema foi ‘SUS, Patrimônio do Povo Brasileiro – Controle Social...20 anos de construção’...”*

*“...No âmbito local (territórios), em quase todos, as ações foram examinadas pelas equipes dos serviços e pelos conselhos locais de saúde. Vários resultados obtidos com as intervenções também foram apresentados nestes conselhos...várias atividades, pelas suas características, exigiram articulação local com organizações sociais como escolas, creches, asilos, ONGs, igrejas, cooperativas que possibilitaram o exercício de construção de redes de atenção, com distintos atores inseridos nas situações de saúde às quais os alunos se envolveram...”*

*“...Nas unidades de saúde, sempre envolvemos os representantes da comunidade e dos conselhos locais de saúde nas discussões sobre os problemas de cada situação estudada e as possíveis soluções para cada caso. Podemos dizer que os representantes do controle social, desde o início do PROMED, sempre foram e são enormes parceiros do grupo de professores, estudantes e profissionais da IES que vêm construindo esta integração do trabalho na atenção primária. Inclusive em momentos de crises e dificuldades, os representantes do controle social têm nos acolhido para darmos continuidade ao trabalho...”*

No entanto, em alguns relatórios, os coordenadores descreveram que a integração com o controle social, assim como com as demais instâncias locais da SMS continua

incipiente, em função de situações específicas que geraram problemas entre a gestão municipal e o CMS. Nesse contexto, alguns grupos tutoriais desenvolveram atividades no sentido de fomentar a participação social no âmbito das unidades de saúde, com estímulos à criação ou fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde.

*“...O Grupo PET-Saúde...também estimulou a formação do Conselho Local de Saúde da USF...por meio da organização de processos de planejamento e educação permanente...”*

*“...Os estudantes foram estimulados pelos tutores para incrementar o controle social em cada unidade onde estavam inseridos. Alguns foram inseridos no conselho gestor local nas unidades que já disponibilizavam desse mecanismo, em outras os estudantes participaram ativamente para a criação dos conselhos...”*

*“...Podemos citar como importante exemplo de integração, o ocorrido no Conselho Local de Saúde..., envolvendo a área de atuação de duas Unidades de Saúde da Família participantes do PET-Saúde, no qual a enfermeira preceptora é secretária... Outra experiência de fortalecimento do Conselho Local de Saúde ocorreu nas áreas de atuação das unidades de saúde do... O grupo PET implantou os Fóruns Locais sobre Saúde do Adolescente – ações eventuais escolhidas como ponto de partida para a implementação de cuidados voltados para os adolescentes dos territórios de abrangência dessas USF. Os Fóruns também contavam com participação de familiares e de adolescentes, promovendo assim, a participação dos sujeitos no debate e definição de ações de cuidado... Importante destacar ainda a integração ocorrida com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF..., implantadas em 2011, e rapidamente incorporadas às equipes de trabalho e atividades planejadas no bojo do PET-Saúde...”*

*“...A presença dos alunos do PET-Saúde também contribuiu para reativação parcial do Conselho Local de Saúde no Bairro. ... Já na UBS..., os alunos do PET-Saúde participam e contribuem nas discussões com o Conselho Local de Saúde e ajudam a articular atividades na comunidade...”*

Conforme pôde ser percebido em algumas manifestações dos coordenadores, o envolvimento do controle social ocorreu mais fortemente quando da pactuação dos projetos, sendo necessária uma maior integração no período de execução dos mesmos.

*“...Já o controle social no PET-Saúde se limitou à aprovação do projeto na sua fase inicial. Mesmo no Núcleo de Excelência, não houve participação formal...”*

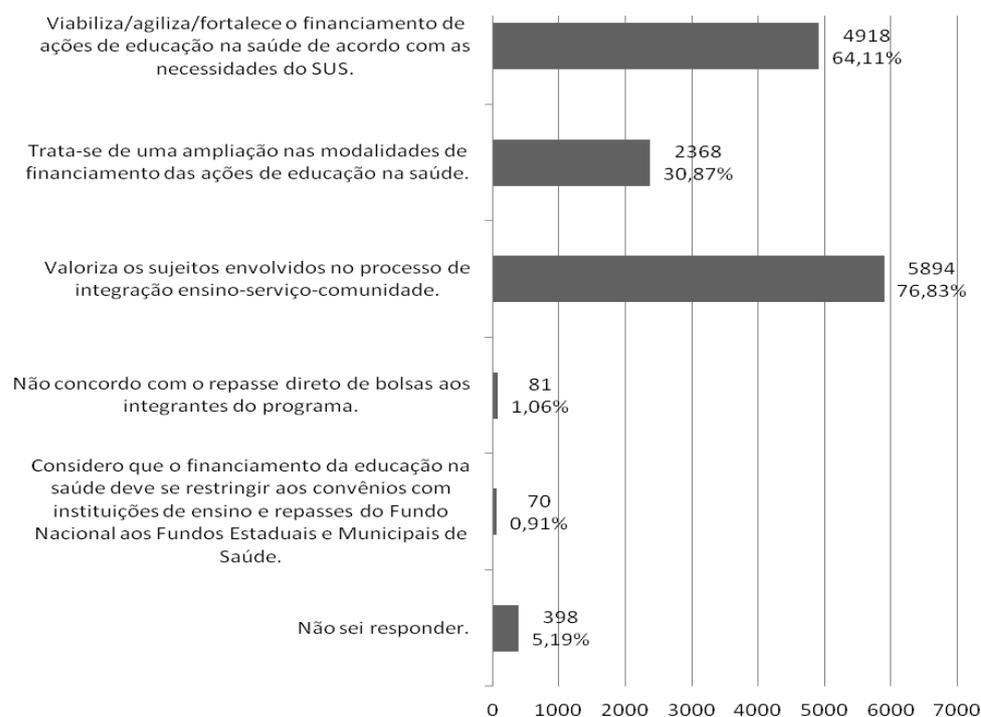
De todo modo, a construção de mecanismos que buscam fomentar a participação social no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde e demais ações de educação na saúde foi assinalada pelos coordenadores, como por exemplo, a criação de fóruns nas universidades como espaços de participação de distintos atores, inclusive representantes do controle social, na discussão de projetos de ensino, pesquisa e extensão com interface nos serviços e na comunidade.

## **5.5. As bolsas de educação pelo trabalho para a saúde**

Os participantes da pesquisa foram convidados a manifestar opinião sobre o financiamento do PET-Saúde por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos

grupos tutoriais. Foram apresentadas cinco assertivas, sendo que os entrevistados poderiam assinalar uma ou mais das opções disponibilizadas. Os resultados estão apresentados no gráfico 15.

**Gráfico 15 - Percepção dos entrevistados sobre o financiamento do Programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**



Base: 7671 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Verifica-se que os entrevistados assinalaram de forma muito expressiva duas das opções apresentadas: “*Valoriza os sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade*” e “*Viabiliza/agiliza/fortalece o financiamento de ações de educação na saúde de acordo com as necessidades do SUS*”, conforme manifestação de 76,83% e 64,11% dos participantes da pesquisa, respectivamente. Esses percentuais são ainda mais elevados quando se considera apenas a opinião dos coordenadores/tutores (83,76% e 70,73%, respectivamente) e dos preceptores (86,10% e 68,05%, respectivamente), como demonstrado na tabela 10.

A percepção de que as bolsas PET-Saúde representam uma ampliação nas modalidades de financiamento das ações de educação na saúde foi também apontada por 41,03% dos coordenadores/tutores, 32,86% dos preceptores e 29,35% dos estudantes.

**Tabela 10 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre o financiamento do Programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**

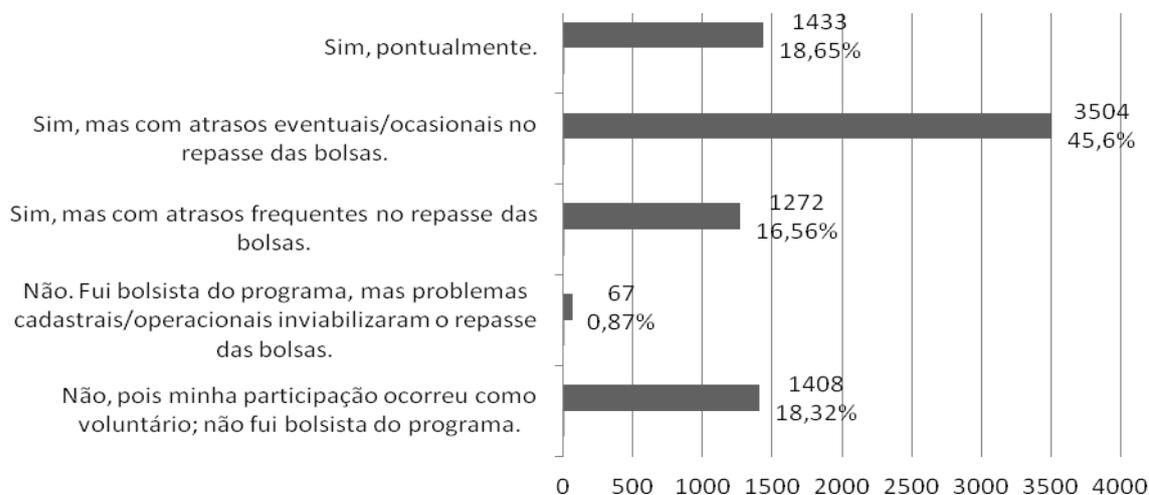
Qual sua percepção sobre o financiamento do programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos PET-Saúde/SF?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Viabiliza/agiliza/fortalece o financiamento de ações de educação na saúde de acordo com as necessidades do SUS.	331	70,73	1199	68,05	3388	62,27
Trata-se de uma ampliação nas modalidades de financiamento das ações de educação na saúde.	192	41,03	579	32,86	1597	29,35
Valoriza os sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade.	392	83,76	1517	86,10	3985	73,24
Não concordo com o repasse direto de bolsas aos integrantes do programa.	8	1,71	5	0,28	68	1,25
Considero que o financiamento da educação na saúde deve se restringir aos convênios com instituições de ensino e repasses do Fundo Nacional aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.	9	1,92	8	0,45	53	0,97
Não sei responder.	4	0,85	25	1,42	369	6,78

Base: 7671 respondentes (468 coordenadores/tutores, 1762 preceptores e 5441 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Uma das questões da pesquisa solicitava aos entrevistados informarem se receberam regularmente/mensalmente as bolsas PET-Saúde. As respostas estão sistematizadas no gráfico 16 e na tabela 11.

**Gráfico 16 - Percepção dos participantes da pesquisa sobre terem recebido regularmente / mensalmente as bolsas PET-Saúde. Brasil, 2012.**



Base: 7684 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 11 - Percepção dos participantes da pesquisa, por segmento representado, sobre terem recebido regularmente / mensalmente as bolsas PET-Saúde. Brasil, 2012.**

Você recebeu regularmente / mensalmente as bolsas PET-Saúde, enquanto participante do programa?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim, pontualmente.	90	19,19	436	24,74	907	16,63
Sim, mas com atrasos eventuais/ocasionais no repasse das bolsas.	283	60,34	1098	62,32	2123	38,93
Sim, mas com atrasos frequentes no repasse das bolsas.	72	15,35	201	11,41	999	18,32
Não. Fui bolsista do programa, mas problemas cadastrais/operacionais inviabilizaram o repasse das bolsas.	2	0,43	14	0,79	51	0,94
Não, pois minha participação ocorreu como voluntário; não fui bolsista do programa.	22	4,69	13	0,74	1373	25,18
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>100</b>	<b>1762</b>	<b>100</b>	<b>5453</b>	<b>100</b>

Base: 7684 respondentes (469 coordenadores/tutores, 1762 preceptores e 5453 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Menos de 1% dos participantes referiu que problemas cadastrais/operacionais inviabilizaram o repasse das bolsas e outros 18,32% registraram não tê-las recebido por terem atuado como voluntários no programa, como pode ser observado no gráfico 16.

Grande parte dos entrevistados registrou receber regularmente/mensalmente as bolsas PET-Saúde, mas com atrasos eventuais/ocasionais no repasse das mesmas (45,6%, do total de respondentes, e, quando considerada a categoria de participação no programa, 60,34% dos coordenadores/tutores, 62,32% dos preceptores, e 38,93% dos estudantes). Atrasos frequentes foram apontados por 16,56% do total de participantes, conforme gráfico 16.

Apenas 19,19% dos coordenadores/tutores, 24,74% dos preceptores e 16,63% dos estudantes responderam receber as bolsas pontualmente, de acordo com a tabela 11.

A maioria dos coordenadores relatou não ter havido institucionalização do financiamento de bolsas pelas instituições de ensino. Em apenas 4 (quatro) relatórios, os mesmos afirmaram ter ocorrido efetivamente essa institucionalização pelas IES. Um dos coordenadores chegou a destacar: “...*infelizmente as instituições de ensino ainda não estão valorizando os professores envolvidos em atividades de ensino e extensão extra-muros...*”

Mas, de uma forma geral, é possível identificar na análise dos relatos ter havido o reconhecimento do PET-Saúde pelas universidades, como uma estratégia importante na formação dos estudantes, nas atividades docentes e na inserção junto à comunidade.

*“...A instituição valoriza os professores que mantêm o PET-Saúde, reconhecendo a importância deste programa na formação dos acadêmicos que têm uma aprendizagem baseada na análise, acompanhamento e avaliação crítica sobre as práticas reais da rede de serviços. Esta valorização se dá na avaliação destes profissionais (feita anualmente pelas universidades, seja por meio do estágio probatório ou pelo Sistema para Avaliação dos Servidores), mas não ocorreu institucionalização de bolsas...”*

Alguns docentes receberam incentivos financeiros das IES para apoiarem os trabalhos desenvolvidos no âmbito do programa, buscando ampliar sua participação e garantir maior sustentabilidade da integração ensino-serviço-comunidade e do desenvolvimento das pesquisas para qualificação da atenção básica em saúde. Casos de valorização na progressão da carreira docente aos participantes do PET-Saúde também foram registrados nos relatórios.

Além disso, foi descrito que alguns professores, no sentido de dar continuidade às pesquisas desenvolvidas pelos grupos tutoriais, têm solicitado outras bolsas de iniciação científica junto a diversas agências de fomento, embora de forma pontual. Foram citadas, por exemplo, as bolsas obtidas a partir do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), da CAPES/MEC, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), e ainda bolsas de iniciação científica, de monitoria, pesquisa e extensão comunitária, disponibilizadas pelas próprias universidades a docentes e estudantes voluntários do PET-Saúde/SF. A articulação com o Programa de Extensão Universitária (PROEXT/MEC) também foi mencionada.

*“...Houve uma valorização de outras modalidades de bolsas, considerando para classificação o monitor do PET-Saúde. Assim, por exemplo, bolsas de extensão e iniciação científica consideraram em editais para fins classificatórios os monitores não bolsistas do PET-Saúde...”*

Outros incentivos oferecidos pelas IES como contrapartida ao programa foram citados em alguns relatórios, como disponibilização de material de consumo, espaço físico, reprografia, programação da logística das reuniões, material de apoio eletrônico e pessoal auxiliar administrativo. Também foi destacado o apoio financeiro para o desenvolvimento de Seminários, Fóruns, Mostras e Oficinas realizados ao longo do desenvolvimento dos projetos PET-Saúde e para a confecção de painéis utilizados nas atividades de educação em saúde e na apresentação de trabalhos em eventos científicos, além de ajuda de custo para deslocamento dos bolsistas visando sua participação nesses

eventos ou para desenvolvimento de atividades educativas em áreas distantes. Há que se ressaltar, por outro lado, que justamente a falta de recursos financeiros para esses fins foi referida em outros relatos como uma das dificuldades encontradas no desenvolvimento dos projetos.

Em relação aos preceptores, alguns relatórios apontaram que o programa estimulou que desenvolvessem cursos de pós-graduação (especialização, mestrados acadêmicos e profissionais) nas universidades parceiras, mas apenas 2 (dois) relatórios registraram a oferta de bolsas dirigidas aos preceptores pelas secretarias de saúde.

*“...Há discussão entre IES e gestão da SMS no sentido de buscar estratégias para valorização da atividade docente do preceptor...”*

## **5.6. Práticas dos grupos tutoriais no âmbito da atenção primária em saúde**

### **5.6.1. Atividades nas Unidades Básicas de Saúde**

De uma forma geral, os relatórios descreveram ter havido valorização da assistência e que a presença rotineira dos docentes nos cenários de práticas permitiu que se envolvessem com a realidade dos serviços, mudassem práticas pedagógicas e de atenção à saúde e também que adequassem a proposta da(s) pesquisa(s) para qualificação da APS à realidade dos serviços. Ressalte-se, entretanto, que esse panorama não atingiu como um todo o corpo docente das instituições de ensino participantes do PET-Saúde, mas uma parte dele (em especial, os tutores acadêmicos bolsistas e outros sensibilizados com a proposta do programa).

Segundo a maioria dos relatos, no campo da assistência, os estudantes participaram de forma ativa na rotina junto às equipes das unidades básicas de saúde, desde a recepção (desenvolvendo atividades educativas em salas de espera), passando pelas consultas médicas e de enfermagem, sala de vacina, farmácia, ações de vigilância epidemiológica, participação em reuniões dos NASF e nas visitas domiciliares, sempre conforme a disponibilidade da agenda acadêmica e dos serviços. As atividades relacionavam-se ao atendimento clínico, reabilitação e gestão, mas principalmente à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos. Desenvolveram revisões de prontuários, identificação de protocolos e atividades de educação em saúde, com elaboração de materiais educativos como vídeos, folders, banners, apostilas, cartilhas e boletins informativos. No âmbito dos grupos tutoriais, participaram de palestras, oficinas, campanhas e mutirões temáticos, rodas interativas, peças teatrais, além da construção de blogs, fóruns e sítios eletrônicos para divulgação/socialização das ações.

*“...Os alunos acompanharam atividades da equipe multiprofissional de saúde da família como consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atividades educativas junto á comunidade. O acompanhamento visou tanto a inserção do aluno no serviço como a discussão e reflexão sobre como este serviço está estruturado para a assistência em saúde do trabalhador...”*

*“...Cabe ressaltar que a inserção dos alunos nas atividades foi compatível com o grau de autonomia que o ano de formação lhe permite. Alunos de primeiro ano não participam de atendimentos clínicos rotineiramente, por exemplo. De maneira geral, os estudantes realizaram atendimentos individuais de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos com os profissionais das unidades, enfermeira, médico. Participam inicialmente observando, e a seguir como integrantes das diversas atividades desenvolvidas pelas equipes, entre essas: a realização de visitas domiciliares, a participação em grupos coordenados pelos profissionais da equipe e em reuniões de equipe para a discussão de casos e para a organização de grupos. Realizaram visitas domiciliares com ou sem a participação direta de agentes comunitárias de saúde ou de profissionais da equipe e com isso foi possível uma maior aproximação das pessoas da comunidade, possibilitando compreender suas necessidades dentro de seu contexto e pensar em formas de intervenção que levassem em conta toda essa complexidade...”*

*“...Com relação a assistência, participaram de todas as atividades, conforme seu período de formação: participaram de atividades de promoção (sala de espera, educação em saúde, educação continuada, visitas domiciliares, orientação a escolares, atividades coletivas como exercícios dirigidos a grupos de idosos, etc.), prevenção (campanhas, orientações a necessidades específicas, estimulação precoce em creches, etc.), atendimento clínico (especialmente os coletivos dirigidos a determinadas patologias como incontinência urinária, problemas de coluna, etc.) e reabilitação (principalmente em atendimentos domiciliares e em Instituições de longa permanência de idosos)...”*

As ações no âmbito assistencial envolveram também a qualificação de trabalhadores da saúde, como os Agentes Comunitários. Houve relatos de que o próprio processo de desenvolvimento da(s) pesquisa(s), promovendo oficinas com os profissionais de saúde, propiciou maior discussão e reflexão sobre formas de aperfeiçoar as práticas educativas e de atenção.

*“...De um modo geral, o olhar para a saúde do trabalhador, oportunizado pelo desenvolvimento do estudo, aumentou o interesse em temas relacionados à humanização, à valorização do trabalhador, ao trabalho em equipe, e maior reflexão sobre o processo de trabalho com o questionamento voltado para a autonomia...”*

Relatos apontaram o fato de algumas universidades já terem tradicionalmente o ensino se desenvolvendo no campo prático, e seus docentes, na maioria, apresentam vinculações bem estabelecidas com a assistência, mas buscam aprimorá-la.

*“...Os docentes que se envolveram de início no PET já vinham atuando em algumas UBS, mas não de forma integrada; com o projeto estreitaram laços com os trabalhadores das UBS e da SMS... ampliando atividades e locais de assistência...”*

Segundo alguns coordenadores, com o PET-Saúde essa realidade foi ainda mais consolidada e *“a integração ensino-serviço-comunidade revalidada como um dos pilares dos currículos dos cursos da saúde”*.

*“...Houve atividades que resultaram em novas práticas pelos serviços. Por exemplo, na USF..., em três dos quatro projetos, ocorreu a intervenção na assistência, a saber: Projeto de Intervenção nos Hábitos de Pacientes Hipertensos e Diabéticos, Projeto de Ampliação de Cobertura da Colpocitologia Oncológica e Projeto de Redução de Fatores Desencadeantes dos Processos de Asma na Infância...”*

*“...Nas Unidades de Saúde onde foi desenvolvido o PET, observou-se melhoria no atendimento prestado aos usuários a partir de detecção de problemas como: captação tardia de gestantes no pré-natal, identificação das mulheres com agendamento atrasado de exames preventivos de câncer ginecológico, pouca participação dos usuários portadores de doenças crônicas no auto-cuidado. Para cada problema identificado foram criadas atividades de promoção à saúde com participação multiprofissional...”*

*“...Dentre as novas práticas docentes decorrentes das atividades assistenciais desenvolvidas é imprescindível salientar a incorporação nos planos de aprendizagem do ensino de tecnologias de cuidado, tais como: acolhimento, avaliação de risco, projetos terapêuticos singulares, a construção de linhas de cuidado e de redes de atenção e o apoio matricial das equipes. Além disso, as ações educativas em saúde realizadas propiciaram a utilização de novas estratégias pedagógicas na formação profissional, como o teatro, mapa conceitual e fluxogramas analisadores e organizadores dos processos de trabalho...”*

A necessidade de respeito às rotinas das unidades básicas de saúde e de valorizar ainda mais os profissionais envolvidos com a preceptoria dos estudantes/residentes foram descritas, assim como a ocorrência de mudanças na dinâmica das atividades, a exemplo da incorporação das pactuações feitas pelas equipes às práticas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde.

*“...Para exemplificar: ao construir a cartografia do território-processo junto das equipes, os docentes ajudaram a aprofundar a análise dos indicadores da USF, ... que agora estão sendo utilizados para a PMAQ, cuja avaliação externa está sendo realizada pela universidade... no estado...”*

*“...Relatos dos próprios docentes nos instrumentos utilizados nas Oficinas de Avaliação Semestral do PET-Saúde expõem sobre as mudanças positivas nas suas práticas assistenciais. Os preceptores e bolsistas participaram de vários eventos realizados pelos docentes do PET-Saúde que contribuíram para a valorização e melhoria da assistência nas unidades...”*

Ainda, houve relatos de aprimoramento de práticas como resultado de ações implementadas pelos projetos PET-Saúde/SF nas seguintes temáticas, entre outras: sistemas de informações em saúde, doenças emergentes, doenças crônicas não transmissíveis, violências, atenção em saúde bucal, segurança alimentar e nutricional, saúde da mulher, da criança e do adolescente, saúde do idoso, vigilância em saúde ambiental, qualificação da atenção em saúde mental/crack, álcool e outras drogas, investigação em zoonoses, assistência farmacêutica, e educação popular. Maior visibilidade institucional para as ações desenvolvidas em terapia ocupacional e fonoaudiologia também foi citada.

*“...Das atividades de planejamento participativo e priorização da linha de cuidado ao adolescente resultou a proposta de criação do Fórum Local Permanente sobre Saúde do Adolescente...”*

*“...No que se refere a continuidade destas ações derivadas do Pet Saúde nestas unidades, o grupo entende que várias delas já foram incorporadas nas rotinas das unidades com o envolvimento de outros profissionais, principalmente os auxiliares. São estratégias que se consolidaram a partir das ações maiores realizados nos espaços sociais da comunidade. Algumas ações já faziam parte da rotina antes do Pet e que foram redimensionadas pela necessidade de se trabalhar junto aos alunos bolsistas. Os alunos trabalharam no cadastramento (atualização do cadastro) das unidades, frequentaram consultas, exercitaram o trabalho multidisciplinar, fizeram visitas domiciliares e trabalharam fortemente em estratégias de educação em saúde junto a comunidade dialogando sobre diversos aspectos associados à saúde...”*

*“...No caso da pesquisa saúde e meio ambiente, trabalhamos com a saúde ambiental e ocupacional de catadores de recicláveis, levando-os até a unidade, onde foram acolhidos pela equipe e assistidos. Tentou-se elaborar uma anamnese ambiental a ser adotada, mas ainda não foi concretizada. Muitas das pesquisas em desenvolvimento motivam tutores, preceptores e estudantes na qualificação da clínica a partir da proposta da clínica ampliada e da inserção das narrativas nas pesquisas como fortalecimento de uma clínica que incluía uma melhor escuta dos problemas dos usuários dos serviços de saúde...”*

Ocorreram ponderações, entretanto, no sentido de que não se pode atribuir as mudanças de práticas observadas no decorrer dos projetos somente ao PET-Saúde e suas atividades, e que ações no sentido de valorizar a prática assistencial do docente *“precisam ser urgentemente pensadas e colocadas em prática, inclusive por outras instituições de fomento”*. Um relatório pontuou que houve valorização da assistência, porém com pouca geração de novas práticas: *“tivemos relatos de assistência com valorização multiprofissional na atenção ao idoso; ampliação do atendimento de doenças infecto-contagiosas no ambulatório de especialidades; ampliação de protocolos assistenciais; projetos de prevenção de câncer de mama e próstata; projetos de adesão medicamentosa e práticas saudáveis; ampliação do atendimento ao homem, dentre outros. Porém, essas práticas estão muito voltadas para os grupos do PET-Saúde...”*.

*“...Por parte de todas as unidades acadêmicas, consideramos ter havido avanços, embora aquém do desejado. Apesar desse reconhecimento, constata-se que a lógica da hard science ainda predomina...”*

A valorização do usuário da rede pública de serviços de saúde mereceu destaque nos depoimentos dos coordenadores.

*“...Sua história deixa de ser apenas clínica e passa a ser pessoal e intransferível. Talvez a escuta e o respeito pela história tenha sido um dos principais avanços tanto para docente, alunos e preceptores...”*

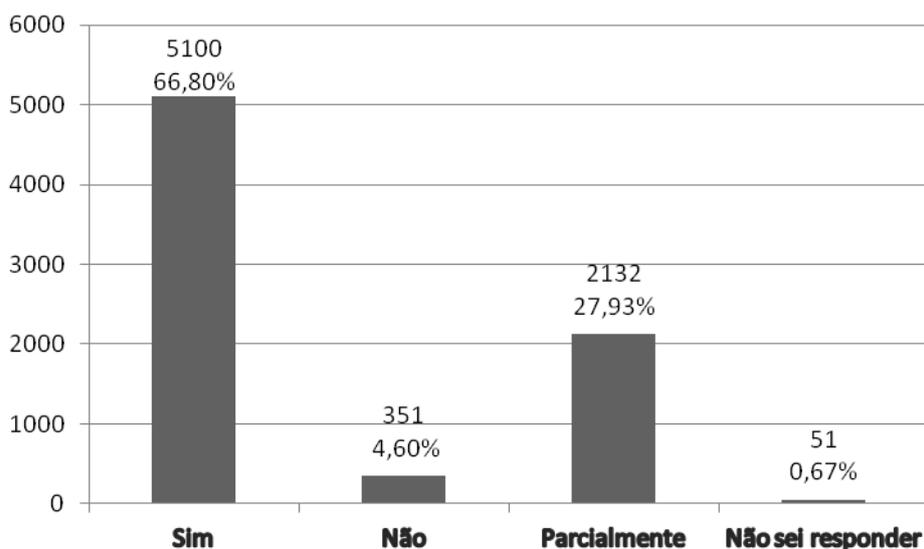
*“...O grande destaque foi feito à importância de uma atuação/intervenção em saúde sintonizada com as demandas dos usuários, o que implica a proposição de intervenções singulares e a contínua renovação das práticas...”*

*“...A assistência compartilhada entre docentes, preceptores e estudantes, permitiu não só a melhoria no acesso, na humanização e na qualidade do atendimento à população, como também na inserção de novos cenários de práticas, permitindo uma visão ampliada da atenção básica em saúde...”*

*“...A aproximação à realidade social possibilitou a ampliação das perspectivas de ação no âmbito da política de saúde...”*

Os participantes da pesquisa, por meio do formulário estruturado, foram questionados sobre a realização de atividades de assistência pelos estudantes nos serviços de saúde. Dos 7712 entrevistados, 7634 (98,99 %) responderam à pergunta *“Na sua avaliação, os estudantes inseridos nos serviços de saúde realizaram atividades de assistência (promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, atendimento clínico, reabilitação)?”*. O resultado geral está apresentado no gráfico 17.

**Gráfico 17 - Percepção dos entrevistados sobre terem sido desenvolvidas atividades de assistência pelos estudantes nos serviços de saúde. Brasil, 2012.**



Base: 7634 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maioria dos entrevistados respondeu afirmativamente à questão (66,80%), enquanto 27,93% avaliaram que a realização de atividades de assistência pelos estudantes nas UBS ocorreu de forma parcial. Não se observam diferenças muito significativas desse resultado geral em relação às respostas por segmento de participação no programa, conforme consta na tabela 12.

**Tabela 12 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem sido desenvolvidas atividades de assistência pelos estudantes nos serviços de saúde. Brasil, 2012.**

Na sua avaliação, os estudantes inseridos nos serviços de saúde realizaram atividades de assistência (promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, atendimento clínico, reabilitação)?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	329	70,60	1233	70,22	3538	65,37
Não	13	2,79	57	3,25	281	5,19
Parcialmente	123	26,39	464	26,42	1545	28,55
Não sei responder	1	0,21	2	0,11	48	0,89
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1756</b>	<b>100</b>	<b>5412</b>	<b>100</b>

Base: 7634 respondentes (466 coordenadores/tutores, 1756 preceptores e 5412 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Ao serem indagados sobre como se deu a inserção dos estudantes nos serviços, os coordenadores descreveram um grande número de atividades de intervenção e pesquisa realizadas pelos alunos no âmbito dos projetos PET-Saúde/SF locais, sob a supervisão de tutores e preceptores, sendo que a organização dos grupos de trabalho nas unidades de saúde, segundo a maioria dos relatos, obedeceu a uma lógica multiprofissional/interdisciplinar. Houve considerações no sentido de que os alunos de diferentes cursos participaram de forma integrada no desenvolvimento das atividades das UBS, inclusive aquelas realizadas “extramuros”, com atuação junto à comunidade.

*“...Participaram de atividades práticas assistenciais de promoção e prevenção. Houve a participação em todas as fases de elaboração, implementação e avaliação das atividades, colaborando para a prevenção de doenças como a dengue, a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes. As atividades foram implementadas por meio de reuniões de planejamento, rodas de conversa, grupos educativos, sala de espera, reorganização do processo organizacional de atendimento, construção de fluxos, consulta e discussão de casos interdisciplinarmente, ações intersetoriais (escolas, grupos de convivência e outros setores da comunidade organizados, como cooperativas de recicladores...), capacitação para as equipes de saúde, elaboração de diagnósticos com entrevistas e coleta de dados, distribuição de material informativo e coordenação de grupos educativos em saúde. Além disso, foram realizadas atividades conjuntas com escolas, abordando questões como, uso de drogas, qualidade de vida, sexualidade, DSTs/AIDS e alimentação saudável, a partir de dinâmicas e oficinas elaboradas pelos alunos e compartilhadas entre os serviços...”*

As atividades práticas abrangeram ainda o diagnóstico dos territórios, a partir de relatórios gerados pelos sistemas de informações do SUS, da identificação do histórico da comunidade onde as unidades de saúde estão inseridas, de entrevistas com a população adstrita, do acompanhamento cotidiano das UBS e de reflexões acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O desenvolvimento dessas ações, com base na realidade e necessidades dos serviços e dos usuários, foi também aqui ressaltado.

*“...As atividades sejam de pesquisa, extensão ou ensino, sempre foram desenvolvidas a partir da necessidade das equipes e comunidade, com envolvimento dos acadêmicos, profissionais e professores. Este foi um processo trabalhado desde o início do PET-Saúde, pois acreditamos que o sucesso da integração ensino-serviço-comunidade está no*

*protagonismo de todos os atores, além de planejar e realizar ações e atividades a partir de necessidades e da realidade da comunidade, fugindo do histórico cumprimento de conteúdos curriculares pré-estabelecidos por disciplinas, quase sempre descontextualizados da realidade...”*

*“...Todas as atividades estavam em consonância com as necessidades da comunidade e dos trabalhadores (Equipe Saúde da Família), evidenciadas através de Oficinas de Planejamento, da análise dos dados do SIAB, da utilização da técnica de estimativa rápida e da observação dos bolsistas. A produção do conhecimento foi priorizada em todo o desenvolvimento do projeto, através da realização de pesquisas, relato de experiências, estudos de casos clínicos, entre outros, sendo atendidas todas as suas fases de desenvolvimento. Alguns destes produtos foram apresentados em eventos científicos local, regional/nacional e internacional. Os estudantes participaram do planejamento e execução de atividades assistenciais de promoção, prevenção, atendimento clínico e reabilitação juntamente com a equipe da USF e com os trabalhadores do NASF. Estas atividades assistenciais fomentaram nos estudantes o interesse por diferentes temas de pesquisa, oportunizando que os mesmos compreendessem desde a problematização do objeto de estudo, a elaboração de um projeto científico, até as implicações e responsabilidades éticas do mesmo...”*

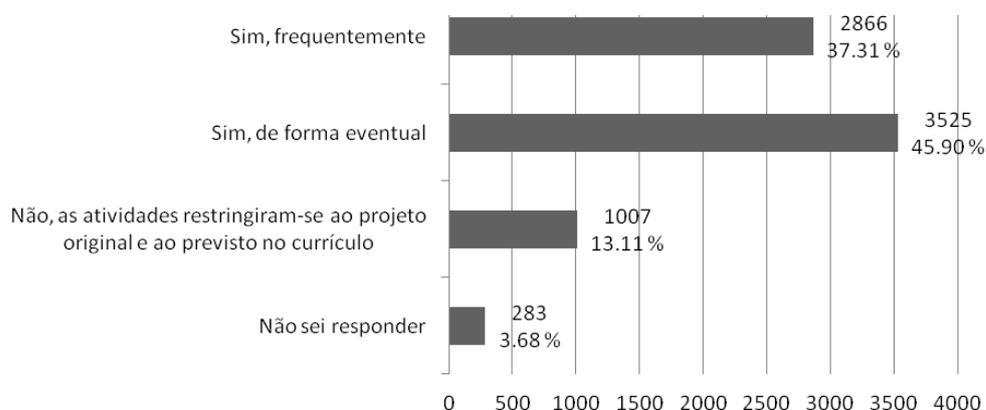
### **5.6.2. Atividades junto à comunidade local**

Quando questionados sobre o envolvimento dos estudantes em ações não previstas no projeto original, os coordenadores elencaram uma série de atividades realizadas a partir das demandas das equipes de saúde e gerentes das UBS, ou ainda, em função de iniciativas próprias dos componentes dos grupos tutoriais, pela observação das necessidades dos serviços e da comunidade. Ou seja, embora algumas temáticas não constassem inicialmente nas oficinas de levantamento das prioridades locais, foram posteriormente pautadas no decorrer dos projetos.

Exemplificando, intervenções educativas foram implementadas a partir de deficiências nutricionais diagnosticadas na comunidade, como a anemia ferropriva. Quando os ACS identificavam determinados problemas de saúde local, tal qual o desmame precoce, preceptores e estudantes planejaram atividades educativas sobre a importância do aleitamento materno. Participação dos grupos tutoriais no enfrentamento da gripe causada pela influenza A (H1N1) e em campanhas de combate à dengue também ocorreu nas regiões com maior incidência dessas doenças.

Uma das perguntas do formulário estruturado abordou essa questão: *“O grupo PET-Saúde/SF ao qual esteve vinculado(a) se envolveu em outras atividades não previstas inicialmente no projeto, a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade (campanhas, combate à dengue, etc.)?”*. O gráfico 18 apresenta o resultado geral referente aos 7681 respondentes (99,60% do total de entrevistados).

**Gráfico 18 - Percepção dos entrevistados sobre terem sido desenvolvidas atividades a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade. Brasil, 2012.**



Base: 7681 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Um total de 83,21% respondeu afirmativamente, sendo que 37,31% dos participantes avaliaram ter sido frequente o desenvolvimento de atividades não previstas no projeto original, mas que surgiram a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde e pela comunidade, e 45,90% consideraram ter ocorrido de forma eventual.

As respostas por categoria de participação no programa estão apresentadas na tabela 13 e revelam que o percentual de preceptores e de coordenadores/tutores que responderam afirmativamente à questão foi ainda maior (86,55% e 94,03%, respectivamente). Ainda, estes dois segmentos avaliaram mais positivamente, quando comparados ao grupo de estudantes, que o desenvolvimento de atividades a partir de necessidades dos serviços e da comunidade ocorreu de forma frequente (46,08% e 56,50%, respectivamente).

**Tabela 13 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem sido desenvolvidas atividades a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade. Brasil, 2012.**

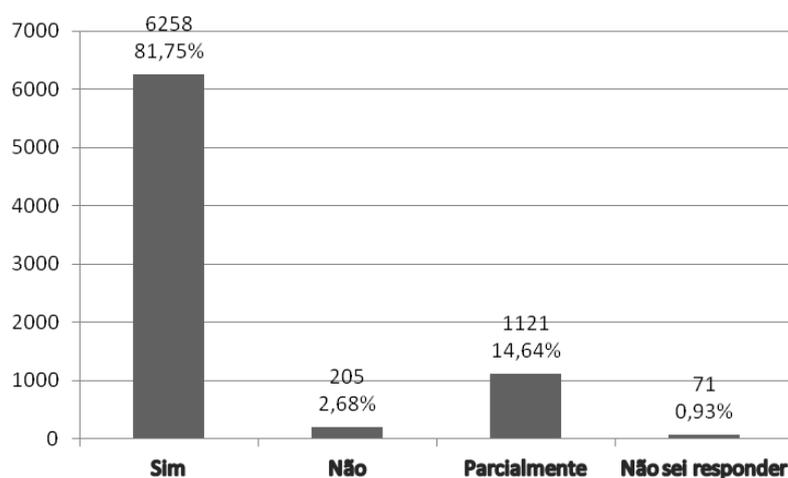
O grupo PET-Saúde/SF ao qual esteve vinculado(a) se envolveu em outras atividades não previstas inicialmente no projeto, a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade (campanhas, combate à dengue, etc.)?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim, frequentemente	265	56,50	812	46,08	1789	32,82
Sim, de forma eventual	176	37,53	713	40,47	2636	48,37
Não, as atividades restringiram-se ao projeto original e ao previsto no currículo	24	5,12	220	12,49	763	14,00
Não sei responder	4	0,85	17	0,96	262	4,81
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>100</b>	<b>1762</b>	<b>100</b>	<b>5450</b>	<b>100</b>

Base: 7681 respondentes (469 coordenadores/tutores, 1762 preceptores e 5450 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A pesquisa também buscou identificar se os integrantes do programa consideravam que as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais beneficiaram a comunidade local, conforme gráfico 19.

**Gráfico 19 - Percepção dos entrevistados sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012.**



Base: 7655 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Mais de 80% dos participantes responderam afirmativamente à questão, como pode ser observado também na tabela 14, que apresenta os resultados por segmento representado.

**Tabela 14 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012.**

Você considera que as atividades desenvolvidas pelos grupos PET-Saúde/SF beneficiaram de alguma forma a comunidade local?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	399	85,44	1509	85,84	4350	80,11
Não	3	0,64	30	1,70	172	3,17
Parcialmente	63	13,49	215	12,23	843	15,52
Não sei responder	2	0,43	4	0,23	65	1,20
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>100</b>	<b>1758</b>	<b>100</b>	<b>5430</b>	<b>100</b>

Base: 7655 respondentes (467 coordenadores/tutores, 1758 preceptores e 5430 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 15 apresenta as respostas a essa pergunta por região do país. Mantêm-se altos os percentuais dos que responderam afirmativamente, mas cabe apontar que no caso das regiões centro-oeste e sudeste, 18,10% e 16,92%, respectivamente, consideraram que as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais beneficiaram a comunidade local, mas apenas de modo parcial.

**Tabela 15 - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se as atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais resultaram em benefícios para a comunidade. Brasil, 2012.**

Você considera que as atividades desenvolvidas pelos grupos PET-Saúde/SF beneficiaram de alguma forma a comunidade local?	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	320	86,02	2196	83,66	360	77,59	1387	83,66	1985	78,64
Não	7	1,88	61	2,32	13	2,80	40	2,41	84	3,33
Parcialmente	42	11,29	347	13,22	84	18,10	221	13,33	427	16,92
Não sei responder	3	0,81	21	0,80	7	1,51	10	0,60	28	1,11
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>2625</b>	<b>100</b>	<b>464</b>	<b>100</b>	<b>1658</b>	<b>100</b>	<b>2524</b>	<b>100</b>

Base: 7643 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

*Nota: 12 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo "Estado" no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.*

Constou nos relatórios dos coordenadores que os estudantes foram inseridos em atividades do calendário nacional e local de saúde e outras iniciativas vinculadas a datas comemorativas, tais como: campanhas de vacinação, de busca ativa à hanseníase e de controle da tuberculose; campanhas de prevenção e enfrentamento da dependência do álcool, crack e outras drogas; campanhas contra a violência do trânsito; campanhas para doação de sangue; campanhas de combate ao tabagismo; "Dia do Homem"; "Dia do Idoso"; "Semana de Prevenção em Acidentes no Trabalho"; "Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais"; "Dia Mundial de Combate a AIDS"; "Semana Mundial de Aleitamento Materno"; "Dia da Mulher"; "Dia Nacional de Combate ao Diabetes"; e o "Outubro Rosa - Campanha de Prevenção ao Câncer de Mama".

Destacou-se a participação dos grupos tutoriais em eventos da comunidade, como Feiras de Saúde, Caminhadas e Mutirões, a exemplo do "*mutirão para realização de mamografias em mulheres com idade acima de 40 anos*", e em programas locais de promoção de alimentação saudável, limpeza urbana e reciclagem de lixo, bem como em ações de controle da esquistossomose, nas regiões endêmicas, e no programa HIPERDIA (reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

*"...Os acadêmicos participam de ações educativas e de prevenção para evitar a disseminação do contágio da Hepatite A, uma vez que ocorreu uma exacerbação no número de casos em áreas cobertas pelo PET-Saúde em nosso município..."*

*"...Nas unidades em que se desenvolve o projeto HIPERDIA houve discussão acerca do processo de trabalho das equipes no que diz respeito ao modo como estas vinham efetivando a atenção a usuários hipertensos e diabéticos, sendo incorporada pronta inserção nas agendas do médico e da enfermeira dos casos identificados como relevantes para controle e acompanhamento. Houve grande mobilização das agentes comunitárias de saúde na identificação dos usuários das microáreas a serem cadastrados e principalmente daqueles que mais necessitavam de atenção..."*

Atividades relacionadas à Saúde na Escola foram promovidas em parceria com as equipes de Saúde da Família, como prevenção das DST/AIDS e implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, bem como referentes à Saúde do Idoso, como prevenção de quedas, além de colaboração no acompanhamento de beneficiários do Programa Bolsa Família.

No contato com a comunidade e com os Conselhos de Saúde foi possível delinear algumas das ações desenvolvidas, a exemplo das pesquisas: *“Identificação das Redes Sociais e Equipamentos de Saúde no Território das Unidades de Saúde da Família”*, e *“Conhecendo o Território, a População, as Famílias e as Habitações das Áreas Adstritas aos Serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito...”*.

Os preceptores e tutores procuraram contextualizar todas essas ações, assim como apoiar os alunos nas atividades realizadas, de modo a desenvolver sua autonomia, sua compreensão dos fenômenos e das estratégias utilizadas, promovendo reflexões sobre as possibilidades de aprimoramento dessas práticas.

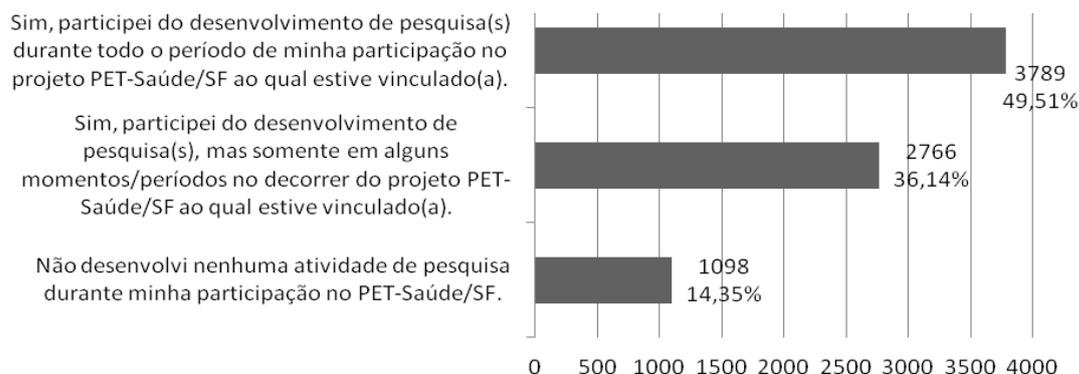
*“...Alguns acadêmicos tiveram a iniciativa de criar projetos nas unidades e desenvolver conjuntamente com as equipes e outros parceiros, com destaque para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Destacamos: Curso de Dança para Adolescentes e Idosos, Atendimento Social para encaminhamento para outras Instituições, Formação de Jovens Multiplicadores em Educação em Saúde, Participação nas diversas Campanhas de Combate a Dengue e Vacinação, etc...”*

*“...Os alunos reconhecem a importância do projeto Pet-Saúde no seu processo de formação e a contribuição significativa deste, em especial, para o desenvolvimento de seu senso de responsabilidade social e sua formação cidadã, o que acreditamos ser decorrente da participação em atividades de assistência e pesquisa...”*

### **5.6.3. Desenvolvimento de pesquisas**

Os entrevistados foram questionados sobre sua participação em pesquisas para qualificação da APS no desenvolvimento dos projetos locais. O gráfico 20 apresenta o resultado das respostas de 7653 participantes que preencheram essa questão do formulário eletrônico (99,23% do total de entrevistados).

**Gráfico 20 - Percepção dos entrevistados sobre terem participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da Atenção Primária em Saúde no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**



Base: 7653 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maioria dos respondentes (85,65%) confirmou ter participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da APS, mas 36,14% registraram que esse envolvimento ocorreu somente em alguns momentos no decorrer dos projetos ao qual estiveram vinculados.

A tabela 16 exhibe o resultado por categoria de participação. Esse recorte permite observar que 71,95% dos coordenadores e tutores acadêmicos que responderam à questão assinalaram ter participado do desenvolvimento das pesquisas durante todo o período em que estiveram vinculados aos projetos, considerando as fases de planejamento, elaboração, coleta de dados e discussão dos resultados. Da mesma forma posicionaram-se 56,46% dos profissionais dos serviços de saúde.

**Tabela 16 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre terem participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da Atenção Primária em Saúde no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**

Você participou de alguma Pesquisa para Qualificação da Atenção Primária em Saúde como parte das atividades previstas no PET-Saúde/SF?*	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim, participei do desenvolvimento de pesquisa(s) durante todo o período de minha participação no projeto PET-Saúde/SF ao qual estive vinculado(a).	336	71,95	992	56,46	2461	45,33
Sim, participei do desenvolvimento de pesquisa(s), mas somente em alguns momentos/períodos no decorrer do projeto PET-Saúde/SF ao qual estive vinculado(a).	100	21,41	590	33,58	2076	38,24
Não desenvolvi nenhuma atividade de pesquisa durante minha participação no PET-Saúde/SF.	31	6,64	175	9,96	892	16,43
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>100</b>	<b>1757</b>	<b>100</b>	<b>5429</b>	<b>100</b>

\*Considerar todas as fases de seu desenvolvimento - planejamento, elaboração, coleta de dados, discussão de resultados.

Base: 7653 respondentes (467 coordenadores/tutores, 1757 preceptores e 5429 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maioria dos coordenadores descreveu que os temas das pesquisas para qualificação da APS foram propostos em conjunto, fruto das necessidades dos serviços e demandas locais, tendo havido participação dos preceptores, tutores e estudantes na identificação dos problemas e no seu desenvolvimento. Esse processo ocorreu com envolvimento da universidade, conselhos de saúde, técnicos e gerentes das unidades básicas de saúde, segundo boa parte dos relatórios. Houve menção de temas definidos a partir dos compromissos assumidos pelo município no âmbito do Pacto pela Saúde, firmado em 2006 pelos gestores do SUS.

*“...As pesquisas desenvolvidas estão ligadas a temas que emergiram do cotidiano do serviço, sendo que o estudante e o preceptor ao ocuparem-se com esse cotidiano tornando-o objeto para a formação em serviço, produzem investigação, discussão e mudança...”*

*“...As atividades de pesquisa foram realizadas em todo o tempo de desenvolvimento do projeto (2009 a 2012), iniciando com a identificação de um problema prioritário que estivesse alinhado à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, passando pela elaboração do projeto, submissão ao comitê de ética, desenvolvimento do protocolo, coleta de dados, interpretação e redação de trabalhos científicos...”*

*“...A definição do projeto de pesquisa partiu da necessidade apresentada pelos usuários e profissionais que atuam no Centro de Saúde... em relação à assistência prestada às gestantes e puérperas. Após esta etapa, os alunos participaram da fase de elaboração do projeto de pesquisa, planejamento, coleta e análise dos dados. Para atender uma necessidade apresentada pelos monitores e preceptores foi proposto um seminário sobre pesquisa qualitativa. Após análise dos dados e finalização da pesquisa, os alunos planejaram atividades de intervenção visando a melhoria do atendimento prestado às gestantes e puérperas...”*

Alguns coordenadores registraram que os temas para elaboração dos projetos de pesquisa foram selecionados analisando-se dados de sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e a partir da inserção dos acadêmicos nos serviços e na comunidade. Nesse sentido, a primeira tarefa proposta era um trabalho de campo nas zonas de abrangência das UBS junto aos preceptores e/ou agentes de saúde a fim de conhecerem a comunidade, o local onde moram e sua realidade, incluindo as necessidades de saúde. Após o reconhecimento do território, os temas de pesquisa e de intervenção foram identificados e colocados em prática.

Conforme registrado na maior parte dos relatórios, os participantes do PET-Saúde envolveram-se em todas as fases de produção de conhecimento, desde a elaboração do projeto até a análise dos resultados.

*“...O tema de pesquisa desenvolvido foi proposto a partir de necessidades do serviço, com o objetivo de melhor reestruturação da rede de atenção à saúde. O trabalho foi integrado com a participação efetiva de preceptores, tutor e alunos, na execução do que foi proposto, na avaliação permanente, no encaminhamento das intervenções. O usuário foi o ponto central buscando a coresponsabilização e a melhoria do autocuidado...”*

*“...Foram feitas reuniões na comunidade com líderes comunitários, integrantes da comunidade, equipe de saúde, preceptores, alunos bolsistas e voluntários, quando se*

*identificaram as principais problemáticas que serviram como direcionamento para a elaboração das pesquisas...”*

*“...A construção das perguntas de pesquisa (e conseqüentemente dos projetos) foi realizada em conjunto pelos integrantes do PET com os gestores do serviço. Naturalmente, alguns participaram mais de fases como a coleta de dados, como foi o caso dos alunos, mas todos participaram de maneira ativa em todas as etapas dos projetos, inclusive da análise dos dados. Houve a participação ativa de integrantes do PET ainda na fase de mapeamento das comunidades anterior à elaboração das perguntas de pesquisa. Durante a fase de coleta de dados, os preceptores assumiram um papel de supervisão da qualidade dos dados, que era posteriormente reavaliada pelos tutores de cada projeto...”*

*“...Todos os projetos de pesquisa foram apreciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, quando esta envolvia participação de seres humanos. Alguns destes projetos de pesquisa foram, inclusive, produtos de monografias de conclusão de curso...”*

Destacou-se, por exemplo, o desenvolvimento pelos grupos tutoriais de pesquisas que focaram nos DSS e na percepção dos usuários ou dos preceptores sobre as práticas educativas realizadas pelas equipes de saúde ou sobre os dispositivos da Política Nacional de Humanização do SUS.

*“...Nesses casos os resultados podem servir de subsídio para a melhoria da assistência, em especial em relação ao preceptor, que, ao acumular as funções de pesquisador, coordenador de um grupo de estudantes e profissional de equipe, torna-se mais crítico, o que lhe permite modificar sua atitude frente ao próprio processo de trabalho...”*

*“...Todas as pesquisas focam totalmente no fortalecimento da atenção básica, na medida em que se trabalhava na perspectiva do controle social, dos DSS e clínica ampliada, dimensões fundamentais no fortalecimento da APS...”*

Novas práticas nos serviços de saúde a partir dos resultados das pesquisas desenvolvidas puderam ser observadas, a exemplo de estudo realizado por um grupo tutorial sobre a não adesão de mulheres ao exame Papanicolaou, que permitiu identificar, além de um perfil pormenorizado das mulheres usuárias cadastradas, que dentre os fatores associados predominou o motivo “falta de tempo”. Com base nessas informações, foi proposto que as UBS em questão realizassem a coleta em dias e horários diferenciados, buscando atender a demanda dessas mulheres e diminuir a taxa de prevalência de não adesão ao exame. Tais dados foram também encaminhados à Coordenação da Atenção Básica do município, no sentido de estender a adequação às demais unidades da rede de saúde local. No âmbito da IES, os resultados dessa pesquisa também levaram à revisão de algumas ações desenvolvidas na graduação, que deverão promover mudanças nas atividades educativas dos cursos.

Foram citadas como atividades dos preceptores em relação às pesquisas: orientar em serviço os estudantes; favorecer o relacionamento entre os estudantes, os usuários dos serviços, a equipe de Saúde da Família e os gestores locais; orientar os estudantes na elaboração das pesquisas; coordenar reuniões com os mesmos e incentivá-los a

desenvolver artigos e trabalhos para apresentação em eventos científicos, bem como sua publicação; e avaliar mensalmente os alunos junto aos tutores. Por outro lado, em alguns casos, os coordenadores PET-Saúde registraram ter havido uma participação incipiente dos preceptores, em função de questões relacionadas à carga horária e pouca familiaridade com atividades de pesquisa.

*“...Os projetos foram muito bem aceitos pelos envolvidos, mas com participação científica ainda muito centrada na Universidade. O serviço ainda tem o seu modelo de atenção baseado fundamentalmente na livre demanda, com pouca valorização dos sistemas de informação e vigilância à saúde, o que foi paulatinamente sendo modificado no decorrer do projeto...”*

Quanto aos tutores, os relatórios apontaram seu papel no acompanhamento e supervisão do trabalho dos preceptores junto aos estudantes, ofertando aportes teóricos no desenvolvimento de todas as fases da pesquisa. Além disso, participaram ativamente da orientação das pesquisas, realizaram capacitações pedagógicas dos preceptores e estudantes e reuniões periódicas com os grupos tutoriais para discussão e integração dos projetos em andamento, além de coordenarem processos avaliativos.

Os estudantes, sob orientação de tutores e preceptores, desenvolveram as ações programadas nas pesquisas, vivenciando as atividades de iniciação ao trabalho científico. Ainda, segundo informações da maioria dos relatórios de atividades, participaram de atividades de planejamento, definição do cronograma de execução, coleta de dados, elaboração e armazenamento em banco de dados, discussão e compilação dos resultados estatísticos e avaliação das ações desenvolvidas, incluindo a devolutiva dos achados aos serviços de saúde. Realizaram levantamento bibliográfico, participaram do processo de discussão e elaboração de resumos/artigos para eventos científicos, redação de trabalhos desenvolvidos para publicação em periódicos e apresentação de resultados preliminares em eventos regionais e nacionais. Foi detalhado, em alguns dos relatórios finais de atividades PET-Saúde, o caminho percorrido pelos estudantes nesse processo, como a construção do projeto de pesquisa, passando pela discussão do referencial teórico e metodológico e as questões éticas envolvidas.

*“...Os preceptores foram responsáveis, principalmente, pelo acompanhamento e orientação das atividades de campo do projeto de pesquisa....Paralelamente à execução das intervenções, bancos de dados foram construídos pelos alunos que posteriormente analisavam os dados e os submetiam a eventos científicos, sempre acompanhados pela preceptora e a tutora...As pesquisas realizadas geraram reflexão, aprofundamento teórico tanto dos alunos como dos profissionais envolvidos, e resultaram em intervenções visando a melhoria da assistência...”*

*“...Os estudantes selecionados participaram, direta e ativamente, em todas as etapas do projeto, independente das características de cada pesquisa. Uma vez incluídos em um grupo, cada tutor se reuniu com seus preceptores e estudantes (bolsistas e não bolsistas)*

*para apresentar a proposta da pesquisa e seu cronograma de execução. Reuniões periódicas dos grupos, assim como relatórios de atividades, foram realizados ao longo da execução das pesquisas, permitindo o registro e acompanhamento dessas. Cada pesquisa contemplava ações específicas, apesar de basicamente ser dividida em 2 etapas: uma primeira de “diagnóstico situacional” e uma segunda de intervenção e avaliação do impacto desta. Assim, as ações desenvolvidas variaram nas diferentes pesquisas, porém sempre com a participação dos estudantes em todas as etapas...”*

*“...Nas cinco unidades os alunos participaram em maior ou menor grau, na dependência dos objetivos dos projetos, de cada uma das etapas das pesquisas. Destacamos que todas as pesquisas nasceram e foram discutidas com base nas necessidades apresentadas pelas equipes de saúde dos serviços, mas os alunos foram protagonistas de seu desenvolvimento. Obviamente que alguns discentes se destacam pelo maior comprometimento e dedicação...”*

Alguns coordenadores destacaram em seus relatórios ter havido oficinas e cursos objetivando a qualificação dos estudantes para o desenvolvimento de pesquisas, incluindo conteúdos sobre metodologia científica, estudos qualitativos e quantitativos, técnicas de entrevistas e aplicação de instrumentos de coleta de dados, análise estatística e redação de artigos científicos, sistemas de informação em saúde (em especial, o SIAB), construção de bancos de dados, e utilização de softwares específicos e de outras ferramentas de pesquisa.

*“...Receberam treinamento para atividade de campo, como coleta de dados através de questionário, tomada de medidas antropométricas, tomada da pressão arterial, acompanhamento e tratamento estatístico dos dados, análise e discussão dos dados e intervenção...”*

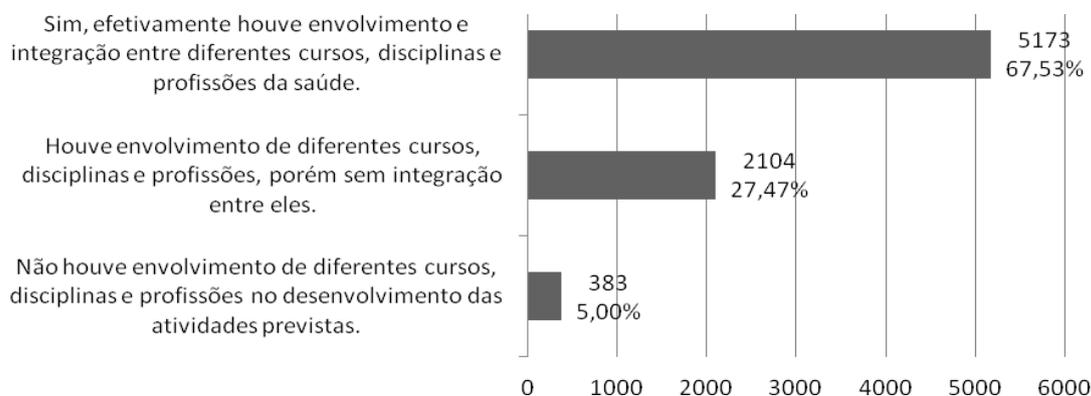
*“...Deste modo, os acadêmicos necessariamente participavam do planejamento à execução de todas as fases do projeto, inclusive aquelas concernentes (1) aos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos – submissão dos trabalhos aos Comitês de Ética em Pesquisa; (2) aos aspectos metodológicos, cuja técnica e abordagens baseavam-se em normas dos Manuais de TCC das faculdades do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade..., inspirados na Associação Brasileira de Normas Técnicas; (3) à elaboração de artigos científicos que arrematava a pesquisa realizada de acordo com o método científico, os quais deveriam ser submetidos a periódicos com temáticas pertinentes. Os resultados evidenciados sempre deveriam lançar luz a ‘respostas’ que deveriam ser dadas com vistas ao retorno de benefícios à comunidade pesquisada...”*

Apesar disso, alguns relatórios apontaram que nem todos os participantes estiveram envolvidos de forma sistemática nas atividades de pesquisa, o que explica um dos resultados demonstrados na tabela 16, em que 16,43% dos estudantes, bem como 6,64% de coordenadores/tutores e 9,96% de preceptores, registraram não ter desenvolvido pesquisas para qualificação da APS.

### **5.7. Atuação multiprofissional e interdisciplinar**

Ao serem indagados sobre o desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional e interdisciplinar, 7660 entrevistados responderam à questão (99,33% do total), como apresentado no gráfico 21 e na tabela 17.

**Gráfico 21 - Percepção dos entrevistados sobre se ocorreu desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional e interdisciplinar no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**



Base: 7660 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maioria dos participantes da pesquisa (67,53%) respondeu que efetivamente houve envolvimento e integração entre diferentes cursos, disciplinas e profissões da saúde no desenvolvimento dos projetos, mas 27,47% registraram a participação de diferentes cursos, disciplinas e profissões, porém sem integração entre eles.

As respostas por segmento de participação estão apresentadas na tabela 17. Verifica-se que os profissionais de saúde assinalaram de forma mais expressiva, em relação aos coordenadores/tutores e estudantes, a opção que apontava o desenvolvimento de atividades com integração multiprofissional e interdisciplinar (78,31% do total de preceptores).

**Tabela 17 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se ocorreu desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional e interdisciplinar no âmbito dos grupos tutoriais. Brasil, 2012.**

Em sua opinião, as atividades foram desenvolvidas de forma integrada entre diferentes cursos/disciplinas de graduação e envolveram distintas profissões da área da saúde?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim, efetivamente houve envolvimento e integração entre diferentes cursos, disciplinas e profissões da saúde.	304	64,96	1372	78,31	3497	64,28
Houve envolvimento de diferentes cursos, disciplinas e profissões, porém sem integração entre eles.	158	33,76	327	18,66	1619	29,76
Não houve envolvimento de diferentes cursos, disciplinas e profissões no desenvolvimento das atividades previstas.	6	1,28	53	3,03	324	5,96
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>1752</b>	<b>100</b>	<b>5440</b>	<b>100</b>

Base: 7660 respondentes (468 coordenadores/tutores, 1752 preceptores e 5440 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

De uma forma geral, os coordenadores descreveram em seus relatórios finais de atividades ter ocorrido interação entre diferentes categorias profissionais nos projetos PET-Saúde/SF, o que, segundo eles, permitiu a articulação de saberes, o trabalho em equipe e a instituição de relações orgânicas entre tutores, preceptores e estudantes nas práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica. Houve relatos de que os grupos tutoriais organizaram suas atividades de modo a incluir os diferentes cursos da saúde numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional e observações de que as linhas de pesquisa possibilitaram essa integração, assim como os projetos de atuação e cuidado a partir das demandas surgidas na comunidade e nas equipes de saúde. Atividades educativas e visitas domiciliares incluíram estudantes, docentes e trabalhadores das UBS e NASF de diferentes campos da área da saúde, revelando aos participantes do PET-Saúde/SF a importância da ação conjunta entre distintas profissões e saberes para a efetivação de práticas voltadas aos modos saudáveis de vida e à integralização do cuidado ao usuário.

*“...Houve integração de vários profissionais no decorrer das atividades estabelecidas e executadas pelo PET-Saúde. A equipe do NASF participou das ações profissionais da Fisioterapia, Nutrição, Educação Física... A farmacêutica do Setor de Farmácia dos Centros de Saúde participou ativamente dos grupos de orientação para melhor utilização dos medicamentos prescritos. Alunos e professores da Faculdade... dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, e Terapia Ocupacional se integraram para a reorganização e ampliação da atenção ao diabético e hipertenso. As atividades realizadas aconteceram no âmbito do individual e coletivo, com ações voltadas para o melhor cuidado e com metodologias diferenciadas e integradoras...”*

*“...No Grupo de doenças cardiovasculares houve atividades com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Principalmente os alunos do curso de medicina entenderam as vantagens de formar equipes multiprofissionais, entenderam que o conhecimento e ações integradas fortalecem o resultado final – saúde da população...”*

*“...Esta talvez tenha sido a maior riqueza e a maior herança deixada pelo PET-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde na Universidade: demonstrou a viabilidade e o potencial do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Foram inúmeras as experiências criadas a partir deste contato entre atores de profissões tão variadas. Tivemos inclusive a oportunidade de ampliar a experiência interprofissional para o curso de comunicação social ... Por meio de uma parceria com a Assessoria de Comunicação Social da Faculdade de Medicina, foi elaborado um projeto de Extensão intitulado ‘Comunicação Social e Educação para a Saúde na APS’...”*

*“...No que diz respeito à assistência direta aos pacientes, várias das unidades assistenciais utilizam-se de espaços coletivos para discussão de casos, na perspectiva da construção de projetos terapêuticos integrados, o que tem sido um grande disparador de interações entre as várias áreas de práticas e saberes no campo da saúde...”*

De fato, o estímulo ao desenvolvimento de atividades multiprofissionais e interdisciplinares foi fortemente destacado como um aspecto positivo do programa pela maioria dos coordenadores, que incluíram nos relatórios depoimentos de integrantes dos

grupos tutoriais: “... *No dia-a-dia da minha atividade de tutoria de um grupo de alunos do 3º. Ano... foi possível ter um contato muito bom com os outros profissionais médicos, técnicos e enfermeiros da Unidade de Saúde em que atuei. Este contato possibilitou discussões de muitos casos, com contribuição de ambos os lados, certamente com crescimento dos profissionais e qualificação do cuidado...*”.

*“Avança-se agora para a articulação multiprofissional e interdisciplinar ao interior da Universidade..., resultado ainda incipiente nas práticas disciplinares, mas alcançado no PET-Saúde...”*

Alguns relatórios ressaltaram que o planejamento dos projetos PET-Saúde/SF já estabelecia que os grupos tutoriais fossem interdisciplinares, isto é, que tutores orientariam preceptores e alunos de diferentes cursos, enquanto os preceptores também teriam alunos de cursos distintos das suas áreas de atuação. Segundo esses coordenadores, tal procedimento proporcionou uma maior diversidade nas atividades e demonstrou a importância de expandir as intervenções sobre um mesmo fenômeno: *“ampliou-se a ideia de profissional de saúde, ao invés do enfoque na profissão”*.

*“...Todas as atividades foram desenvolvidas de forma multiprofissional, considerando a composição dos grupos tutoriais, planejamento e implementação das atividades que exigia a interdisciplinaridade. Mesmo aquelas que se centravam em um campo profissional específico tinham a participação de alunos e profissionais de diferentes cursos. Isto permitiu a reflexão e a prática do que se pode abordar no campo e no núcleo profissional. Também possibilitou um olhar que não reforçou a defesa de limites de atuação corporativista, mas sim, a possibilidade de complementaridade de saberes e práticas e a indução de vivências de transdisciplinaridade...”*

Os editais PET-Saúde estimulavam que os projetos envolvessem o maior número possível de cursos de graduação da área da saúde, o que de fato aconteceu na maioria deles, que foram desenvolvidos com a participação de diferentes cursos, períodos e disciplinas. No entanto, 6 (seis) desses projetos incluíram apenas o curso de medicina, o que, invariavelmente, acabou por limitar a prática de experiências interprofissionais. Esse fato justifica um dos resultados apresentados na tabela 17, em que 1,28% dos coordenadores/tutores, 3,03% dos preceptores e 5,96% dos estudantes, assinalaram não ter ocorrido envolvimento de diferentes cursos, disciplinas e profissões no desenvolvimento das atividades previstas nos projetos locais.

Foram muitas as atividades multiprofissionais e interdisciplinares registradas em grande parte dos relatórios finais de atividades PET-Saúde/SF 2010/2011. Apenas para ilustrar algumas delas: ações de educação permanente; curso de cuidadores de idosos; organização de feiras, campanhas e gincanas de saúde; qualificação da atenção à saúde de ACS; programa de assistência multidisciplinar a gestantes; uso racional de medicamentos; avaliação do estado nutricional; incentivo à alimentação saudável e ao

aleitamento materno; saúde mental; saúde bucal; estudo de casos; projetos voltados à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, e relacionados às doenças crônicas não transmissíveis; atividades de combate à dengue; atividades de combate à gripe H1N1; saúde na escola; participação em campanhas nacionais de vacinação; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; ações em saúde junto aos dependentes químicos, alcoolistas e tabagistas; ações de mobilização e fortalecimento do controle social; atividades de aferição de medidas antropométricas, incentivo à atividade física para qualidade de vida e orientações sobre direitos de cidadania; participação em programas de pré-natal e puericultura; além de ações de territorialização das áreas de abrangência e utilização de ferramentas de georreferenciamento em saúde (mapas inteligentes) pelas UBS, como instrumento de gestão.

*“...Uma atividade na sala de espera realizada pelo PET-Saúde proporcionou essa interdisciplinaridade e integração entre os diversos sujeitos (academia, serviço e comunidade). Nessa atividade participaram: enfermeiros, dentistas e ACSs, além de vários alunos do PET, cada um trazendo as suas contribuições. E o mais interessante foi que os usuários participaram desse processo, não foi uma atividade verticalizada em que os profissionais/alunos davam informações e os usuários recebiam; a comunidade também contribuiu nesse processo...”*

*“...Em relação à terapia ocupacional, houve desenvolvimento de ações junto à equipe, especialmente agentes comunitários de saúde, abordando aspectos da saúde do trabalhador, tanto no que se refere a fatores organizacionais/relacionais, quanto ergonômicos, estresse físico, cognitivo e emocional. Algumas ações foram específicas da terapia ocupacional, outras envolveram ações da fisioterapia, enfermagem e nutrição em trabalho integrado com os graduandos desses cursos...”*

Do mesmo modo, aconteceram reuniões com discussão ampliada de textos que apresentavam a temática da gestão do cuidado, priorizando a interlocução e a articulação das redes de serviços para o atendimento eficaz das reais demandas do usuário, e o acompanhamento da introdução do PMAQ.

*“...Os grupos PET-Saúde se reuniram por dois meses para elaborar, juntamente com os gestores da IES e SEMUS a proposta de redes de atenção e cuidado..., incorporando os avanços alcançados nas experiências PET-Saúde...”*

Alguns coordenadores relataram a construção de projetos terapêuticos singulares, em especial como estratégia de cuidado nos serviços de saúde mental, com reuniões de equipes interdisciplinares e apoio matricial, em que todas as opiniões foram importantes para ajudar a entender os sujeitos com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição das propostas de ações.

Foi também destacada em grande parte dos relatórios, como fruto do trabalho de caráter multiprofissional/interdisciplinar, a elaboração de trabalhos científicos, tais

como resumos, artigos, pôsteres e livros abordando relatos de experiências das ações de intervenção e os resultados das pesquisas realizadas. Uma das questões do formulário solicitava informações sobre quantos foram os produtos gerados a partir do desenvolvimento dos projetos locais. Embora 11 coordenadores não tenham respondido essa pergunta, e alguns não tenham preenchido de forma clara a planilha enviada como modelo, os dados disponibilizados totalizaram 2556 trabalhos apresentados e/ou publicados em eventos locais, 1346 em eventos regionais/nacionais e 213 em eventos internacionais. Ainda, foram mencionadas 276 publicações em periódicos nacionais indexados, 16 em periódicos internacionais e a elaboração de 25 livros/capítulos de livros.

Houve registros da utilização de rádios comunitárias, como veículos de divulgação da educação na saúde, e da formação de grupos de trabalho, a exemplo do *grupo qualidade de vida*, com agendas de trabalho comuns entre os diferentes cursos, que permitiram a ação multiprofissional; *grupo de gestantes*; *grupo de promoção do parto natural*; *grupo de caminhada e promoção de hábitos saudáveis de vida*; *grupo de educação ambiental*, com articulação entre os catadores de lixo para melhorar a coleta seletiva; *grupo de apoio a cuidadores de pessoas com necessidades especiais*; *grupo para pessoas com dor crônica*; e *grupos de apoio para reeducação alimentar*.

Conforme descrito em alguns relatórios, muitas das ações realizadas ocorreram de forma integrada com a Residência de Medicina de Família e Comunidade e com a Residência Multiprofissional em Saúde.

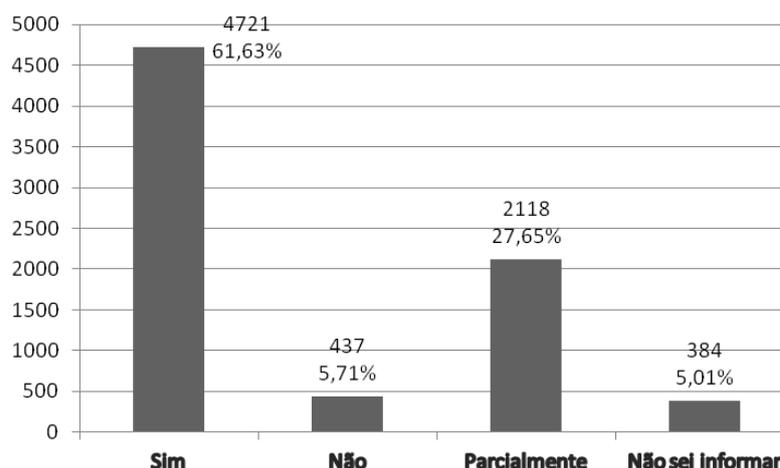
Os conselhos de saúde também foram lembrados como cenários para o desenvolvimento de atividades multiprofissionais/interdisciplinares: “*A integração entre os diferentes sujeitos ocorria na roda do Conselho Local de Saúde, em que havia sempre a participação dos três pilares do projeto: academia, serviço e comunidade. Discussões, debates, compartilhamento de ideias, de dificuldades, de reclamações, tornaram a relação próxima e construtiva*”.

## **5.8. Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem e reestruturações curriculares**

Os participantes da pesquisa foram indagados sobre se consideram ter havido fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares. As respostas a essa questão estão sistematizadas no gráfico 22 e tabela 18.

A maioria dos participantes respondeu afirmativamente à pergunta (61,63% no gráfico geral), com destaque para o olhar dos preceptores (73,32%, conforme recorte apresentado na tabela 18). Entretanto, 27,65% do total de respondentes assinalaram que esse fortalecimento ocorreu apenas em parte.

**Gráfico 22 - Percepção dos entrevistados sobre se ocorreu fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares. Brasil, 2012.**



Base: 7660 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 18 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se ocorreu fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares. Brasil, 2012.**

Você considera que houve fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	291	62,58	1289	73,32	3141	57,77
Não	21	4,52	49	2,78	367	6,75
Parcialmente	149	32,04	364	20,71	1605	29,52
Não sei informar	4	0,86	56	3,19	324	5,96
<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>100</b>	<b>1758</b>	<b>100</b>	<b>5437</b>	<b>100</b>

Base: 7660 respondentes (465 coordenadores/tutores, 1758 preceptores e 5437 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Nesse contexto, os coordenadores, de uma forma geral, também registraram em seus relatórios o fortalecimento da APS/ESF nas unidades curriculares, tendo a integralidade da atenção como eixo estruturante (ou, ao menos, uma maior inserção da temática nos conteúdos programáticos das disciplinas dos cursos envolvidos nos projetos PET-Saúde/SF) e, para além dos muros das universidades, destacaram ter ocorrido ampliação e diversificação de cenários de práticas de educação em saúde.

*“...O fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e organizadora do sistema de atenção à saúde foi exaustivamente trabalhado durante a operacionalização do projeto...”*

*“...Mediante estabelecimento de convênios específicos com a SMS...foram implantadas as 5 Unidades de Saúde da Família que integram a rede de treinamento própria da Faculdade de Medicina....Com o lançamento dos Programas PET-Saúde e Pró-Saúde do MS, e em razão das mudanças curriculares implementadas nos cursos de graduação na área da saúde, foram incorporados ao projeto de ensino em serviço outras 6 Unidades de Saúde da Família da rede pública de saúde como campo de treinamento...”*

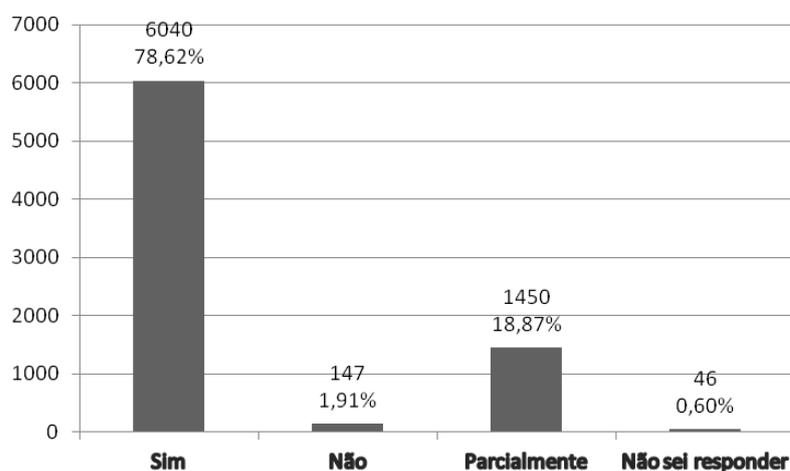
*“...Percebe-se a ampliação dos cenários de práticas para além das equipes de saúde da família, como o envolvimento com os NASF, as academias da cidade, equipes de apoio, escolas, conselhos locais de saúde...”*

*“...A ampliação para 4 USFs e CAPS como cenários de práticas por estudantes para 2012 e a manutenção desses espaços, mesmo sem continuidade do projeto pelo MS, reforça a valorização e integração entre a Faculdade... e a SMS...”*

*“...Possibilitou a abertura dos Postos de Saúde durante as atividades de extensão aos Sábados, Domingos e Feriados, não medindo esforços para que as mesmas tenham sucesso. Foram disponibilizados aos acadêmicos, além da vivência do atendimento da ESF, o atendimento direto às comunidades rurais, assentamentos..., com um ônibus consultório...”*

Na mesma perspectiva, no que se refere ao formulário estruturado, ao serem questionados sobre se o programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de práticas, os entrevistados responderam conforme gráfico 23, sendo que 78,62% manifestaram-se positivamente e 18,87% assinalaram a opção “parcialmente”.

**Gráfico 23 - Percepção dos entrevistados sobre se o Programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Brasil, 2012.**



Base: 7683 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 19 apresenta os resultados por categoria de participação, em que sobressai a opinião de 83,20% dos coordenadores/tutores e 86,86% dos preceptores que responderam afirmativamente à questão.

**Tabela 19 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se o Programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Brasil, 2012.**

Você considera que o programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem (cenários de práticas)?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	391	83,20	1533	86,86	4116	75,55
Não	5	1,06	17	0,96	125	2,30
Parcialmente	73	15,53	211	11,95	1166	21,40
Não sei responder	1	0,21	4	0,23	41	0,75
<b>TOTAL</b>	<b>470</b>	<b>100</b>	<b>1765</b>	<b>100</b>	<b>5448</b>	<b>100</b>

Base: 7683 respondentes (470 coordenadores/tutores, 1765 preceptores e 5448 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Quando indagados se houve ampliação na carga horária dos cursos em relação às atividades realizadas nas UBS, 58 coordenadores (54% do total dos que preencheram os relatórios finais de atividades) responderam positivamente, mencionando diferentes disciplinas.

*“...Neste ano de 2012 a Obstetrícia está desenvolvendo parte de seu internato curricular em Unidades Básicas de Saúde, talvez o grande ganho em diversificação de cenário que estamos vivenciando...”*

*“...O número de disciplinas com atividades relacionadas à APS/ESF nos cursos de graduação em saúde foi ampliado. Mesmo quando esta abordagem não é realizada de forma direta, as disciplinas fazem a relação com APS por meio das áreas temáticas que consideram o conceito do trabalho em rede na saúde, integralidade da atenção e continuidade dos cuidados, relacionando os conhecimentos específicos com esta temática, que passou a ser integradora, bem como as ações estratégicas do Ministério da Saúde e do Município...”*

*“...Construiu-se o conceito de Unidades de Saúde Escola na rede de serviços de saúde... O programa de aprendizagem em atenção primária comum a todos os cursos foi implantado e é uma estratégia de fortalecimento da atenção básica. O Internato da Medicina foi remodelado priorizando-se a etapa da atenção básica - ESF. Os cenários de práticas foram ampliados para os cursos de graduação em Farmácia, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia nas novas matrizes curriculares e Projetos Pedagógicos dos cursos...”*

*“...No Curso de Medicina, o módulo de Saúde Coletiva foi melhor compreendido e aceito pelos alunos a partir do PET. Havia uma rejeição à presença deste módulo no currículo desde sua implantação. O PET teve relevância importante na superação desta dificuldade pois alunos diziam ser perigoso, oneroso, difícil deslocar-se com seu professor até às Unidades Básicas de Saúde. A visão dos alunos do PET em sua grande maioria está representada no relatório individual final em suas falas, como [ ... Felizmente, posso dizer que tive um excelente aprendizado e uma excelente contribuição para o desenvolvimento de grande parte dos trabalhos realizados pelo meu grupo. Afinal, é importante estabelecer vínculo com a população, mesmo quando se é acadêmico, possibilitando assim o compromisso e a corresponsabilidade do futuro profissional com os usuários e a comunidade]...”*

Por outro lado, 25 coordenadores (23%) descreveram não ter havido ampliação dessa carga horária, sete (7%) não responderam à questão e outros 17 (16%) referiram que esse movimento já tinha se efetivado nas respectivas instituições de ensino,

impulsionado pelas DCN e outras ações indutoras, como o Pró-Saúde. Neste sentido, foram destacadas, em poucos casos, reestruturações curriculares que antecederam o PET-Saúde e que propiciaram a implantação de currículos integrados.

Muitos coordenadores descreveram que os avanços apontados em seus relatórios não se deram uniformemente em todos os cursos da saúde participantes dos projetos PET-Saúde. Aqueles que já tinham um histórico de inserção na APS, como ordenadora da rede de serviços, apresentaram resultados mais positivos; contudo, não identificaram fortalecimento da APS em determinados cursos, o que foi justificado em grande parte pela não presença de profissionais da área na rede básica de saúde. Desta forma, houve relatos de reformas curriculares que se encontravam em andamento ou que foram consolidadas apenas em parte dos cursos participantes do PET-Saúde/SF, norteadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

*“...Processo em construção e curso, em razão da reestruturação dos Projetos Políticos Pedagógicos de todos os cursos da área da saúde da Universidade..., que contemplarão aumento significativo de carga horária para melhor alinhar seus propósitos e competências com os princípios e diretrizes do SUS, bem como, com o perfil epidemiológico das realidades circunscritas...”*

*“...Constata-se que desde 2009 houve evidente e progressiva ampliação de atividades com acadêmicos e docentes nas unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, no município parceiro, por meio do deslocamento de carga horária de disciplinas para tais atividades, o que ampliou a carga horária de temas relacionados à atenção primária em praticamente todos os cursos envolvidos, a depender do processo de renovação curricular de cada um. Ou seja, as mudanças curriculares obedecem a dinâmicas múltiplas, mas as novas diretrizes curriculares as norteiam...”*

*“...O curso de Odontologia em sua nova matriz, privilegiou a Atenção Básica ao longo do curso, além de modificar a matriz vigente, incluindo a Atenção Básica em duas disciplinas que eram realizadas na universidade. O curso de Medicina modificou 4 disciplinas, cuja ênfase era em Medicina Preventiva para Medicina de Família e Comunidade, com grande inserção nas unidades de saúde. O curso de Enfermagem já apresentava um histórico de inserção nas unidades básicas de saúde, e que com o PET-Saúde se fortaleceu. Os demais cursos, devido ao pequeno número de alunos por curso participantes de projeto (total de 5), tiveram um menor impacto nas matrizes curriculares formais, porém, para os participantes do projeto, foi oferecida uma disciplina de caráter interdisciplinar com ênfase na APS e matriciamento...”*

*“...Segundo relato dos estudantes e observações das equipes participantes do PET-Saúde (tutores, preceptores e alunos), houve uma forte aproximação do curso de educação física com a atenção primária à saúde, pois, antes, a estrutura curricular do curso estava voltada para a licenciatura e não previa ações em saúde com foco na APS...”*

Houve registros de que os novos cursos da instituição de ensino (pós DCN) foram elaborados já com um olhar voltado para a diversificação de cenários de práticas, sendo que, ao contrário, nos cursos mais tradicionais é que se encontra o grande desafio da mudança, justamente pela dificuldade de transformar o “instituído”.

*“...Os Cursos de Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia foram elaborados já com um olhar voltado para a Saúde Coletiva e para novos cenários de*

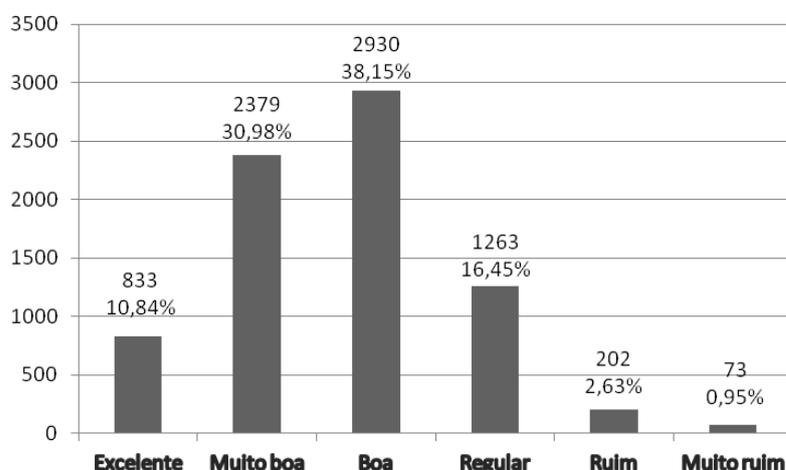
*práticas, principalmente a APS/Estratégia Saúde da Família. O Curso de Medicina deverá iniciar uma nova discussão curricular, entretanto com o PET-Saúde ocorreu um estímulo maior para o desenvolvimento e consolidação da APS como cenário de diferentes práticas...”*

*“...A implementação das DCN se dá em diferentes níveis nos cursos da área da saúde, assim alguns estão avançados nas mudanças necessárias na formação profissional, enquanto outros ainda se encontram em debates iniciais...”*

*“...Quanto às matrizes curriculares, alguns cursos encontram-se melhor estruturados em relação ao suporte teórico- prático para a inserção do acadêmico nos campos de práticas à nível de Atenção Básica, enquanto, em outros cursos o processo de mudança na matriz curricular foi instaurado a partir do PET-SAÚDE. Também, observou-se uma restrita carga horária do acadêmico para o acompanhamento de outras atividades práticas nas Unidades de Saúde (campanhas, visitas domiciliares, etc.)...”*

Uma das questões da pesquisa com os integrantes do programa solicitava que os mesmos avaliassem as UBS em que desenvolveram atividades no decorrer dos projetos, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. As respostas estão sistematizadas no gráfico 24 e na tabela 20.

**Gráfico 24 - Avaliação dos integrantes da pesquisa sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.**



Base: 7680 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Observa-se que a maioria dos respondentes (80%) assinalou as opções “boa”, “muito boa” e “excelente”, na categorização proposta. Os demais 20%, ao se manifestarem, classificaram as UBS como “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

No recorte apresentado na tabela 20, é interessante observar o significativo número de preceptores (89,55% do total) que avaliaram as UBS como “boa”, “muito boa” e “excelente”, resultado proporcionalmente mais elevado em relação aos demais segmentos.

**Tabela 20 - Avaliação dos integrantes da pesquisa, por segmento representado, sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.**

Como você avalia a(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) em que desenvolve(u) atividades, enquanto cenário(s) de práticas do PET-Saúde/SF?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Excelente	37	7,90	299	16,99	497	9,12
Muito boa	145	30,98	693	39,38	1541	28,26
Boa	192	41,03	584	33,18	2154	39,51
Regular	76	16,24	153	8,69	1034	18,97
Ruim	13	2,78	21	1,19	168	3,08
Muito ruim	5	1,07	10	0,57	58	1,06
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>1760</b>	<b>100</b>	<b>5452</b>	<b>100</b>

Base: 7680 respondentes (468 coordenadores/tutores, 1760 preceptores e 5452 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 21 apresenta as respostas a essa pergunta por região do país. Na região Norte, o total dos que avaliaram as UBS como “boa”, “muito boa” e “excelente” foi de 67%. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste esse percentual ficou próximo de 75%, e nas regiões Sul e Sudeste, próximo de 84%. A desigualdade fica mais evidente ao observarmos, sob outro ângulo, que na região Norte, o total dos que avaliaram as UBS como “regular”, “ruim” e “muito ruim” foi de 33%, enquanto nas regiões Sul e Sudeste esse percentual foi menos da metade desse valor, próximo de 16%.

**Tabela 21 - Avaliação dos integrantes da pesquisa, por região do país, sobre as Unidades Básicas de Saúde em que desenvolveram atividades, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.**

Como você avalia a(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) em que desenvolve(u) atividades, enquanto cenário(s) de práticas do PET-Saúde/SF?	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	29	7,82	259	9,81	29	6,22	221	13,24	293	11,61
Muito boa	72	19,40	668	25,30	152	32,62	594	35,59	889	35,22
Boa	148	39,89	1064	40,30	179	38,41	595	35,65	943	37,36
Regular	91	24,53	532	20,15	91	19,53	220	13,18	326	12,92
Ruim	22	5,93	85	3,22	13	2,79	29	1,74	53	2,10
Muito ruim	9	2,43	32	1,22	2	0,43	10	0,60	20	0,79
<b>TOTAL</b>	<b>371</b>	<b>100</b>	<b>2640</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1669</b>	<b>100</b>	<b>2524</b>	<b>100</b>

Base: 7670 respondentes

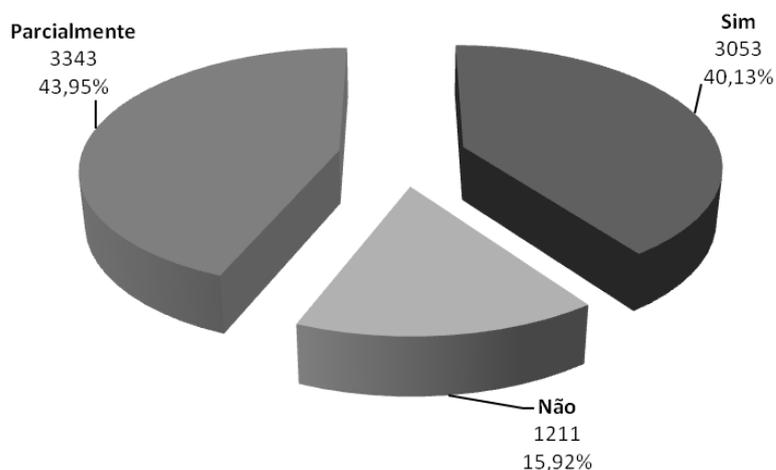
Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

*Nota: 10 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo “Estado” no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.*

Os participantes foram ainda questionados especificamente sobre a estrutura física da(s) UBS. As respostas à pergunta “De uma forma geral, a estrutura física da(s) UBS

foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde?” estão apresentadas no gráfico 25.

**Gráfico 25 - Percepção dos entrevistados sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**



Base: 7607 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Observa-se que a maioria dos participantes da pesquisa (84,08%) considerou a estrutura física adequada (40,13%) ou parcialmente adequada (43,95%) para o desenvolvimento das atividades dos projetos.

A tabela 22 revela que para a maior parte dos coordenadores e tutores acadêmicos (55,22%) a estrutura física da(s) UBS é apenas parcialmente adequada e 18,48% deles considerou-a inadequada. Já o segmento com maior proporção de avaliações positivas foi mais uma vez o dos profissionais dos serviços: 46,53% responderam afirmativamente à questão.

**Tabela 22 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**

De uma forma geral, a estrutura física da(s) UBS foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	121	26,30	811	46,53	2121	39,25
Não	85	18,48	227	13,02	899	16,63
Parcialmente	254	55,22	705	40,45	2384	44,12
<b>TOTAL</b>	<b>460</b>	<b>100</b>	<b>1743</b>	<b>100</b>	<b>5404</b>	<b>100</b>

Base: 7607 respondentes (460 coordenadores/tutores, 1743 preceptores e 5404 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 23 apresenta as respostas a essa pergunta por região do país. Também aqui os participantes da região Norte foram os que proporcionalmente mais avaliaram como inadequada a estrutura física da(s) UBS (26,63%) em relação aos respondentes das demais regiões. Nas regiões Sul e Sudeste esses percentuais foram de 12,79% e 13,26%, respectivamente.

**Tabela 23 - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**

De uma forma geral, a estrutura física da(s) UBS foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde?	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	94	25,54	913	34,98	162	34,91	777	47,09	1103	44,07
Não	98	26,63	488	18,70	81	17,46	211	12,79	332	13,26
Parcialmente	176	47,83	1209	46,32	221	47,63	662	40,12	1068	42,67
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>100</b>	<b>2610</b>	<b>100</b>	<b>464</b>	<b>100</b>	<b>1650</b>	<b>100</b>	<b>2503</b>	<b>100</b>

Base: 7595 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

*Nota: 12 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo "Estado" no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.*

## 6. PROCESSOS AVALIATIVOS NO NÍVEL LOCAL: ELEMENTOS FACILITADORES E LIMITANTES IDENTIFICADOS NO DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS PET-SAÚDE/SF

Apenas um coordenador relatou não ter sido elaborado nenhum instrumento oficial de avaliação do trabalho dos grupos tutoriais, embora segundo ele, durante os encontros mensais, os grupos tutoriais discutiram as dificuldades encontradas buscando soluções e motivações para superação. Os demais relataram a realização de avaliações sistemáticas de processos e resultados, com a participação dos integrantes dos grupos, profissionais das UBS e usuários dos serviços. Houve menção da obrigatoriedade da realização de relatórios com periodicidade definida, inclusive de auto-avaliação, pelos estudantes, preceptores e tutores. Em muitos casos, os resultados obtidos possibilitaram a construção de mecanismos para superação dos nós críticos encontrados e permitiram novas pactuações.

*“...Nos relatórios semestrais, as equipes têm a oportunidade de estruturar uma reflexão acerca de pontos que facilitaram e dificultaram a execução do PET-Saúde, bem como de estratégias de sustentabilidade, avanços e desafios. O reconhecimento interno destas dificuldades permite o mapeamento de situações estratégicas e prioritárias para o Programa...”*

*“...Os relatórios eram analisados pela tutoria e discutidos junto à Coordenação do PET-Saúde/SF, sendo avaliados aspectos relacionados à frequência dos participantes, assiduidade, atividades assistenciais e de pesquisa realizadas e identificação dos problemas encontrados no desenvolvimento das atividades. Desse modo, a Coordenação avaliava todo o processo de trabalho e se reunia com o grupo para fazer um feed-back e direcionar as ações do Programa. Ao final de cada semestre, também eram feitas reuniões com todo o grupo para avaliar o processo de trabalho e elaboração de relatório semestral...”*

*“...As avaliações foram, em sua maioria positivas. Vários pontos positivos foram elencados, entre eles a integração da universidade com os serviços de saúde, a possibilidade de trabalho interdisciplinar e a inserção de áreas que nunca haviam estado na atenção básica. Os problemas e sugestões indicam a necessidade de continuidade do PET-Saúde, com integração de projetos, melhoria na comunicação, articulação com as reformas curriculares e ampliação das oportunidades de educação permanente...”*

Instrumentos e espaços diferenciados para comunicação, acompanhamento e avaliação dos projetos e dos participantes foram utilizados, a exemplo de diários de campo das atividades realizadas e ambientes virtuais de aprendizagem, como a Plataforma Moodle.

*“...Foi importante a institucionalização de princípios, métodos e ferramentas para as avaliações no âmbito do PET-Saúde. Tivemos oportunidade de monitorar as atividades desenvolvidas; refletir sobre meios de garantir a qualidade do trabalho e subsidiar a tomada de decisão no planejamento e desenvolvimento do PET-Saúde...”*

*“...De início as avaliações internas eram restritas aos tutores, o que facilitava a análise, mas a tornava unidimensional. A seguir foi proposta a constituição do Núcleo Gestor que contava com a participação de docentes tutores, gestores da SMS, preceptores trabalhadores dos serviços, assim como de alunos bolsistas representados. Essa*

*construção foi fundamental na manutenção e sustentação de decisões complexas, que por vezes foram tomadas, como por exemplo o redirecionamento de bolsas e a priorização de determinadas linhas de pesquisa. Este Núcleo adotou diferentes estratégias de avaliação, com periodicidades diferentes e em diferentes instâncias. No início do programa, matrizes de avaliação foram solicitadas, entretanto, os formulários eram longos e repetitivos. Depois de reuniões para alinhar as dificuldades no preenchimento, foram instituídos novos instrumentos. Todos os integrantes do PET-Saúde preenchiam relatórios mensais de atividades, de entrega obrigatória para a secretaria do Programa...*

Os resultados dos trabalhos e as dificuldades identificadas nesse processo eram informados e discutidos com os gestores locais de saúde e das IES, e também em instâncias como o NECAAB, a Comissão Gestora Local do Pró-Saúde e Conselhos de Saúde, entre outras.

*“...As dimensões em constante análise e discussão eram: O processo de inserção do aluno nos trabalhos, produção de trabalhos para eventos, o impacto do PET dentro dos cursos e mecanismos de comunicação, relações de precariedade dos contratos de trabalho dos preceptores com a Secretaria de Saúde do Município, divulgação das atividades e do Projeto PET na mídia local e na IES, horários comuns aos participantes...”*

*“...Todas as dificuldades vividas foram pauta de reuniões de debates e de construção de ações e parcerias resolutivas, considerando tanto o processo de trabalho nas UBS's, quanto as necessidades dos usuários e comunidades. O grupo misto e o planejamento coletivo foram estratégias importantes na obtenção de melhores resultados para as ações realizadas, compreendidas por meio do ‘fazer junto’, desenvolvendo processos de autoria e autonomia entre os membros da equipe...”*

*“...Ressalta-se também a importância da avaliação para que o Núcleo de Excelência Clínica (núcleo representativo do PET-Saúde) possa fixar as diretrizes e acompanhar o desenvolvimento dos projetos de intervenções e pesquisas voltados para a Atenção Primária à Saúde...”*

*“...Durante os encontros do Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica também fizemos avaliações do desenvolvimento do Programa, com destaques dos avanços e identificação das dificuldades. De forma conjunta formulamos propostas para superação das dificuldades. A existência desse espaço de trocas foi muito importante para fortalecimento do Programa e consolidação da parceria SMS-IES...”*

Foram realizados vários processos avaliativos e pesquisas locais a fim de verificar os resultados obtidos e identificar as fragilidades e fortalezas dos projetos, a partir de estudos que se utilizaram de análise documental e das modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa. Os coordenadores anexaram esses trabalhos ao relatório final de atividades dos grupos PET-Saúde/SF, e pode-se observar que foram empregadas diversas estratégias, a exemplo de grupos focais com representantes dos estudantes, preceptores e tutores, e o uso de instrumentos variados, como questionários que utilizaram a escala de Likert para avaliação de assertivas relacionadas ao significado do programa para o processo de formação profissional, para a comunidade e para os serviços de saúde.

*“...A elaboração do portfólio foi uma importante ferramenta para acompanhamento e avaliação da evolução do aluno no PET. Estes portfólios foram semestralmente avaliados pelos preceptores e tutor e posteriormente discutidos com os alunos...”*

*“...Fizemos avaliação de projetos desenvolvidos com apresentações em seminários e com bancas de avaliação. Como um dos nossos objetivos era a divulgação de resultados do PET-Saúde, a banca foi composta por dirigentes da Universidade... e da Secretaria, preceptor, tutor, monitor e professores voluntários...A média das notas dos projetos foi 8,5 com pequena variação (mínima de 8,1 e máxima de 9,0). A presença foi obrigatória e as discussões foram altamente produtivas. Entendemos que houve um bom fechamento da avaliação visto que nos períodos anteriores já havíamos feito a autoavaliação, a avaliação de processo e de desempenho. De maneira geral, houve bons resultados nas ações, mas vimos que há necessidade de sistematizar metodologias de monitoramento e avaliação...”*

*“...Foi realizada também uma pesquisa, registrada no COEP, envolvendo tutores, preceptores e estudantes, que foi repetida nos três anos do projeto, em que se avaliava o alcance dos objetivos gerais do PET-Saúde... Estes resultados foram consolidados para nortear os ajustes nos grupos tutoriais e no projeto geral, respectivamente. Além disso, o grupo de tutores se reunia quinzenalmente para avaliação e planejamento das atividades gerais e específicas de cada linha de pesquisa. O próprio relatório semestral de atividades solicitado pelo Ministério da Saúde funcionava como instrumento de avaliação e acompanhamento, principalmente da produção científica e das atividades extra-pesquisa. Ao longo dos dois anos de PET-Saúde da Família foram realizadas avaliações periódicas e avaliação final das atividades desenvolvidas e do grupo tutorial...”*

## **6.1. Fortalezas**

Os estudos locais apontaram para a contribuição do programa no preparo para atuação em grupo e com grupos, na aproximação dos profissionais de diferentes áreas de formação, no desenvolvimento de ações que foram valorizadas pela comunidade, na formação e qualificação profissional para trabalhar em consonância com os pressupostos do SUS e para a *“compreensão dos métodos de pesquisa, na possibilidade de produção e divulgação do conhecimento e experiências e da institucionalização dessa lógica nas atividades cotidianas”*. Foram bem avaliados pelos integrantes dos grupos tutoriais aspectos como: *“visão integral do indivíduo; motivação dos profissionais; aumento das ações de promoção da saúde; aproximação entre a comunidade e a UBS; crescimento pessoal; possibilidade de novas vivências”*.

*“...O processo avaliativo, no geral, foi bastante positivo, desafiador, integrador da equipe multiprofissional e, principalmente, interdisciplinar, durante todo o processo...”*

*“...No 2º momento tivemos a análise do processo de trabalho e integração entre ensino e serviço no incremento da capacidade de intervenção em educação em saúde. As características melhor pontuadas foram: a capacidade do PET-Saúde em promover a integração entre ensino e serviço de saúde e a ampliação da capacidade de desenvolver trabalho em equipe, ambos com 96,7% (‘aprendi a lidar com diferentes pessoas e ajudá-las de acordo com suas necessidades, além de criar vínculo com todos os profissionais que trabalham na UBS’)...”*

*“...Alguns acadêmicos referem que, mais do que as disciplinas em seus cursos, o PET-SAÚDE despertou o interesse pelo campo da Saúde Coletiva e contribuiu na formação profissional na medida em que apresentou o SUS como campo de prática. Um dos benefícios do PET-SAÚDE citado, foi ter promovido a integração do acadêmico à equipe*

*de saúde como um sujeito ativo, que atuou nas diversas etapas do processo de trabalho, desde a análise do perfil epidemiológico da população até a implementação de um plano de ação concreto, pensado e desenvolvido com a participação da equipe. Os seguintes aspectos relativos ao aprendizado promovido pela experiência no PET-SAÚDE foram ressaltados: 1) a compreensão de que o cuidado em saúde extrapola o espaço da clínica, implicando em considerar os modos de vida das famílias e o desenvolvimento da autonomia dos seus membros; 2) o aprendizado relativo ao respeito e reconhecimento das necessidades dos usuários e a legitimação do saber popular a partir das oportunidades de troca com indivíduos e famílias; 3) a experiência da convivência com distintos saberes profissionais em equipe multiprofissional....”*

*“...Ao final do Projeto o grupo avalia que os objetivos propostos foram em linhas gerais alcançados, entre eles: manutenção, ampliação do diálogo e da parceria estabelecidos entre a formação profissional e serviços; oportunização de novas práticas pautadas nas Unidades de Produção do Cuidado no processo ensino-aprendizagem por meio de vivências docente-assistenciais articuladas às ESF com vistas à formação profissional que atenda as diretrizes e princípios do SUS; desenvolvimento de ações de capacitação de recursos humanos na área da saúde com base nas Diretrizes do SUS e na Política Nacional de Atenção Básica; promoção de ações interdisciplinares de Educação em Saúde junto às comunidades assistidas, considerando os diversos grupos (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso); auxílio às ESF na realização de ações que objetivam a prevenção e promoção à saúde, com ênfase na redução da mortalidade materna e infantil; e implementação de projetos de pesquisa para a qualificação da atenção básica... Existem relatos de alunos e tutores que apontam o Projeto como uma importante estratégia para integração dos diversos cursos, sem o qual não seria possível vivenciar essa experiência. Faz-se importante salientar que para o bom êxito, o Projeto contou com o apoio integral do Centro de Educação Permanente da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde e dos quatro Departamentos envolvidos no PET-Saúde da Família..”*

Segundo os coordenadores PET-Saúde/SF, muitos preceptores ressaltaram a satisfação em acompanhar o real crescimento dos alunos e o desenvolvimento profissional proporcionado pelos trabalhos realizados nos grupos PET-Saúde. Além disso, estudantes e preceptores destacaram também o impacto do programa junto às equipes de saúde e comunidade local. Como resultado de algumas avaliações locais, registrou-se que no decorrer dos projetos ficou ainda mais nítida para os alunos a importância de conhecer o território e a comunidade, de criar vínculos com os usuários dos serviços de saúde e suas famílias, e o quanto isso impacta positivamente na produção da saúde. Os depoimentos dos estudantes, que alguns coordenadores incluíram em seus relatórios, demonstraram o aprofundamento de seus conhecimentos a respeito do SUS e suas estratégias, sendo possível observar a valorização da APS e da integração ensino-serviço-comunidade.

*"... 'Ao começar as atividades no ano de 2011 eu pouco sabia acerca da educação em saúde. Havia realizado uma atividade na disciplina IUSC II pautada nesse tema, mas era difícil imaginar o quão complexa e eficiente é essa ferramenta. Foi preciso estudo teórico para aprender as bases da dialógica freireana, o funcionamento do SUS e todos os passos que envolvem a elaboração de uma estratégia de intervenção de educação em saúde. E foi com a prática que fixei aquilo que estudei.' (Aluno bolsista PET)..."*

Em relação aos impactos nos preceptores, um dos relatórios apontou que os grupos reconheceram o PET-Saúde como uma experiência de educação permanente, na

medida em que possibilitou repensar a atenção, por vezes automatizada, havendo hoje, em determinadas unidades, mudanças em andamento que foram iniciadas a partir do programa. O trabalho com acadêmicos reanimou muitos profissionais para o cuidado no cotidiano de sua prática e despertou o interesse em se qualificar.

No caso dos tutores, há relatos no sentido de que o PET-Saúde proporcionou maior compreensão da rede de atenção à saúde dos municípios, o que impactou positivamente na qualidade das discussões realizadas no âmbito das disciplinas, além da já citada ampliação na integração entre diferentes cursos e docentes.

Também o impacto junto aos usuários pode ser identificado no desenvolvimento dos projetos locais.

*“...Os grupos referiram que os usuários se sentiram mais acolhidos, valorizados e assistidos. No tocante às ações educativas coletivas desenvolvidas pelos subgrupos, foi ressaltado que a presença dos acadêmicos agregou valor às atividades, na medida em que estes se envolveram física e intelectualmente na proposição de novas estratégias e metodologias para motivação e envolvimento dos usuários. Foram destacados como resultados positivos: 1) Ganho no conhecimento da comunidade a respeito dos fatores de risco modificáveis (dieta e atividade física) associados às doenças crônicas (hipertensão e diabetes); 2) Aumento da autoestima do usuário desencadeada a partir das ações educativas dialógicas, capazes de promover intercâmbio entre os saberes técnico-científico e popular, buscando incentivar a autonomia e o auto-cuidado. Foi apontado que atividades educativas inovadoras propostas por alguns subgrupos PET-Saúde propiciaram, em algumas unidades, a construção compartilhada de um saber sobre o processo saúde-doença, resultando em um aumento da adesão dos usuários tanto nas atividades educativas como nas consultas...”*

Como pontos positivos, foram ainda citados: aproximação com a APS e desmistificação de que a atenção básica não é eficaz; valorização da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada dos usuários ao SUS; importância da atenção básica na prevenção de agravos e promoção da saúde; relevância para a formação profissional de ações que aproximam os setores saúde e educação, como no caso de atividades desenvolvidas em creches e unidades municipais de educação infantil; possibilidade de participar de um projeto de pesquisa desde o planejamento até a redação dos artigos científicos; vivência da interprofissionalidade; e a construção coletiva do processo de tutoria.

*“...Ademais, os resultados das avaliações semestrais demonstraram que a maioria dos participantes teve as suas expectativas atendidas durante o processo de trabalho e uma boa avaliação do aprendizado, pesquisa e assistência...houve avaliações subjetivas nas reuniões de grupo e objetivas por meio de aplicação de questionários...”*

As bolsas federais proporcionadas pelo MS e a reorganização do processo de trabalho em algumas das UBS participantes foram apontadas como elementos facilitadores para se atingir os objetivos do programa.

*“...Os incentivos financeiros aos acadêmicos e preceptores têm conseguido mudar o ânimo para a reforma das práticas de saúde, aspecto fundamental para a execução das atividades planejadas pelo PET-Saúde. A reorganização do funcionamento das unidades de saúde em seu processo de trabalho foi fundamental para o bom desenvolvimento das atividades..., aproximando os ‘interesses’ da academia com os do serviço...”*

Para além da atuação nos espaços urbanos dos municípios, houve referências, em determinados projetos que trabalharam com a população rural, sobre a maior integração com estudantes de ciências rurais para desenvolvimento de atividades conjuntas.

As avaliações realizadas localmente também identificaram como fatores facilitadores aspectos como compromisso, boa interação e assiduidade da maioria dos estudantes, preceptores e tutores; planejamento e agenda comum de atividades; a utilização da Educação Permanente em Saúde como dispositivo de mudanças; a presença dos preceptores nos grupos tutoriais, pois o fato de atuarem nas unidades básicas onde as atividades de ensino e pesquisa são realizadas favorece o acesso aos dados dos serviços de saúde e a realização dos estudos; a receptividade da maioria dos profissionais e usuários em participar das atividades educativas previstas; a participação de estudantes que integraram projetos da edição anterior do programa, aportando uma massa crítica aos novos grupos tutoriais; a metodologia ativa de ensino-aprendizagem propiciada pelo PET-Saúde; grades curriculares em que os estudantes já estão inseridos na rede de serviços de saúde; estratégias de comunicação intra-equipe, com utilização de diferentes recursos, como correio eletrônico, blogs, fóruns e chats de discussão; realização de reuniões presenciais periódicas entre coordenadores, estudantes, preceptores e tutores; adesão dos participantes em qualificações oferecidas pelas coordenações locais; e realização de encontros regionais para troca de experiências entre os grupos tutoriais.

A participação dos ACS nas atividades dos grupos PET-Saúde foi destacada por alguns coordenadores, como “*suporte e elo*” para a realização das mesmas.

*“...A se destacar também a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde como facilitadores da aproximação dos estudantes e equipes de saúde da dinâmica comunitária onde os trabalhos se desenvolveram...”*

No decorrer das ações previstas nos projetos, houve relatos de articulação também com secretarias municipais de educação, secretarias de cultura e transporte, secretarias ou centros de referência de assistência social, além de outros espaços sociais, a exemplo de escolas públicas, creches, associações de bairro e igrejas locais, onde foram desenvolvidas diversas atividades. Segundo os relatos, o diálogo com outras áreas do

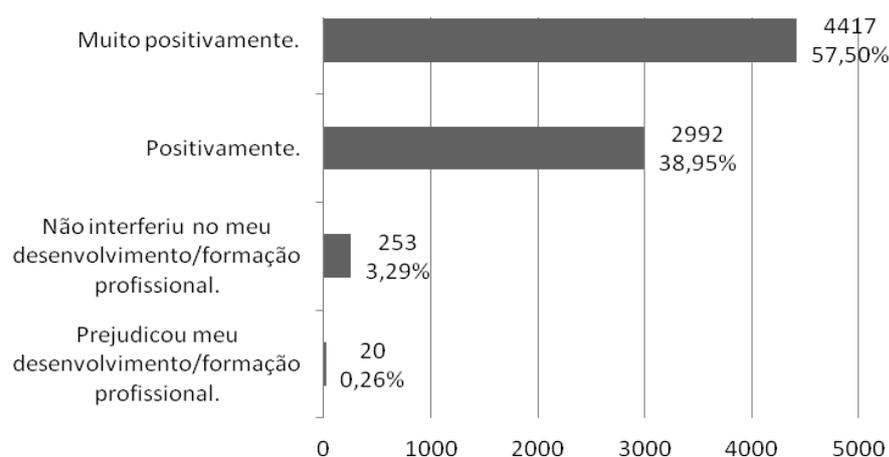
conhecimento gerou um novo olhar por parte das equipes de saúde para questões que ultrapassam a concepção de saúde-doença.

*“...Ao longo do período de vigência do PET-Saúde, o estabelecimento de parcerias configurou-se como ferramenta para conhecimento e intervenção sobre a realidade local, no âmbito da saúde. Além disso, a articulação entre o ensino, o trabalho em saúde e a população possibilitou a efetivação de atividades contínuas de Educação em Saúde, de valorização e melhoria do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família...”*

### **6.1.1. Qualificação profissional, das instituições de ensino e dos serviços de saúde, como desdobramento das atividades realizadas**

Os participantes da pesquisa foram convidados a opinarem sobre de que forma a participação no PET-Saúde repercutiu em seu desenvolvimento/formação profissional. Dos 7712 entrevistados, 7682 (99,61%) responderam à questão, conforme demonstrado no gráfico 26.

**Gráfico 26 - Percepção dos entrevistados sobre de que forma a participação no PET-Saúde repercutiu no desenvolvimento/formação profissional. Brasil, 2012.**



Base: 7682 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Um percentual bastante elevado dos participantes da pesquisa (96,45%) considerou que a participação no PET-Saúde repercutiu “positivamente” (38,95%) ou “muito positivamente” (57,50%) no seu desenvolvimento e formação profissional.

O resultado geral não se modifica significativamente, quando observado de acordo com a categoria de participação no programa (tabela 24), mas coordenadores/tutores e, especialmente, preceptores, apresentaram uma percepção ainda mais afirmativa em relação ao segmento dos estudantes, ao responderem que a participação no PET-Saúde repercutiu “muito positivamente” no seu desenvolvimento profissional (64,05% e 68,16%, respectivamente).

**Tabela 24 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre de que forma a participação no PET-Saúde repercutiu no desenvolvimento/formação profissional. Brasil, 2012.**

Sua participação no PET-Saúde repercutiu de que forma no seu desenvolvimento/formação profissional?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Muito positivamente.	301	64,05	1201	68,16	2915	53,49
Positivamente.	159	33,83	522	29,63	2311	42,40
Não interferiu no meu desenvolvimento/formação profissional.	9	1,91	37	2,10	207	3,80
Prejudicou meu desenvolvimento/formação profissional.	1	0,21	2	0,11	17	0,31
<b>TOTAL</b>	<b>470</b>	<b>100</b>	<b>1762</b>	<b>100</b>	<b>5450</b>	<b>100</b>

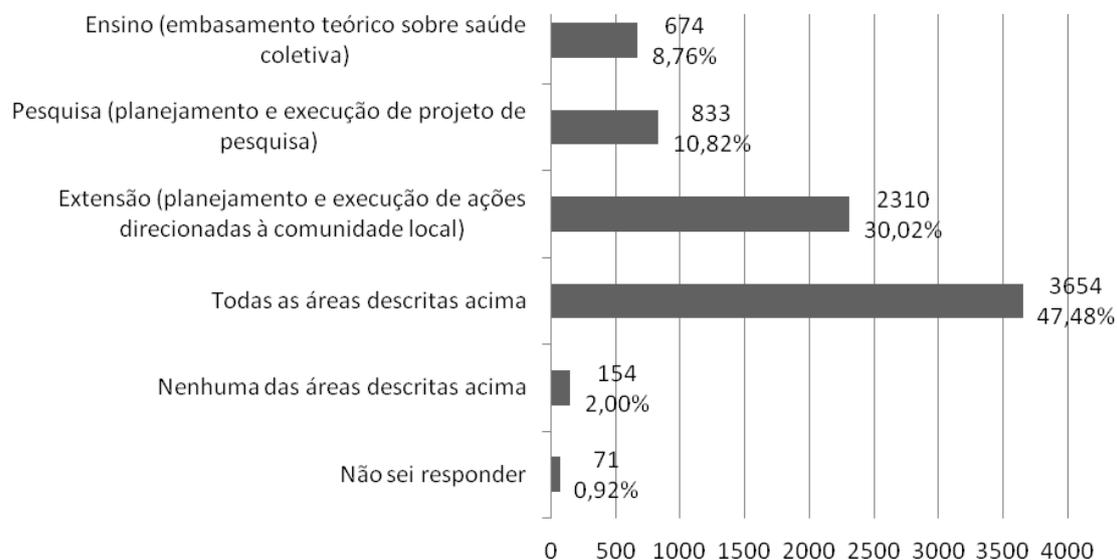
Base: 7682 respondentes (470 coordenadores/tutores, 1762 preceptores e 5450 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

O gráfico 27 e a tabela 25 apresentam as respostas dos entrevistados à questão:

“Em que área o PET-Saúde/SF mais contribuiu para a sua formação profissional?”.

**Gráfico 27 - Percepção dos entrevistados sobre a área em que o PET-Saúde/SF 2010/2011 mais contribuiu para a formação profissional. Brasil, 2012.**



Base: 7696 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 25 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre a área em que o PET-Saúde/SF 2010/2011 mais contribuiu para a formação profissional. Brasil, 2012.**

Em que área o PET-Saúde/SF mais contribuiu para a sua formação profissional?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Ensino (embasamento teórico sobre saúde coletiva)	27	5,77	109	6,19	538	9,84
Pesquisa (planejamento e execução de projeto de pesquisa)	43	9,19	211	11,98	579	10,60
Extensão (planejamento e execução de ações direcionadas à comunidade local)	86	18,37	359	20,37	1865	34,12
Todas as áreas descritas acima	301	64,32	1045	59,31	2308	42,22
Nenhuma das áreas descritas acima	5	1,07	33	1,87	116	2,12
Não sei responder	6	1,28	5	0,28	60	1,10
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>1762</b>	<b>100</b>	<b>5466</b>	<b>100</b>

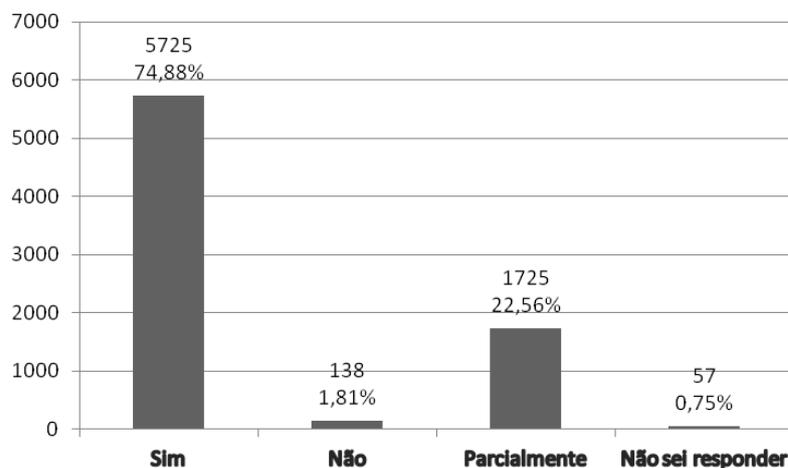
Base: 7696 respondentes (468 coordenadores/tutores, 1762 preceptores e 5466 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maior parte dos respondentes assinalou “*todas as áreas descritas acima*”, referindo-se às atividades de ensino, pesquisa e extensão, opção registrada por 42,22% dos estudantes, 59,31% dos preceptores e 64,32% dos coordenadores e tutores, conforme tabela 25. A seguir, a alternativa que mereceu destaque pelos entrevistados foi a que citava “*extensão (planejamento e execução de ações direcionadas à comunidade local)*”, apontada por 34,12% dos estudantes, 20,37% dos preceptores e 18,37% dos coordenadores e tutores.

Ao serem indagados sobre se o programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS, 74,88% dos respondentes assinalaram “sim” e 22,56% marcaram a opção “parcialmente”, como apresentado no gráfico 28.

**Gráfico 28 - Percepção dos entrevistados sobre se o Programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS. Brasil, 2012.**



Base: 7645 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Quando verificamos o resultado por categoria de participação, conforme tabela 26, destacam-se a percepção dos 86,19% de preceptores que responderam afirmativamente à questão, e dos 25,94% de estudantes que consideraram ter o programa contribuído “parcialmente” para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS.

**Tabela 26 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se o Programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS. Brasil, 2012.**

Você considera que o programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	376	80,17	1510	86,19	3839	70,78
Não	1	0,21	10	0,57	127	2,34
Parcialmente	90	19,19	228	13,01	1407	25,94
Não sei responder	2	0,43	4	0,23	51	0,94
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>100</b>	<b>1752</b>	<b>100</b>	<b>5424</b>	<b>100</b>

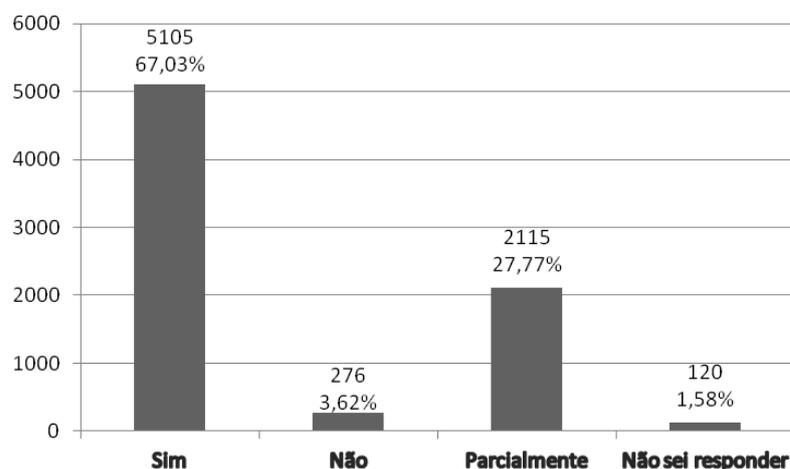
Base: 7645 respondentes (469 coordenadores/tutores, 1752 preceptores e 5424 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A pesquisa também procurou identificar a opinião dos participantes em relação à contribuição das atividades dos grupos tutoriais para os serviços de saúde. As respostas à questão “Na sua avaliação, as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm

contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde?” estão sistematizadas no gráfico 29.

**Gráfico 29 - Percepção dos entrevistados sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012.**



Base: 7616 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A maioria dos respondentes (67,03%) considerou que as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do SUS e 27,77% deles responderam “parcialmente”.

Na tabela 27 sobressai a opinião dos 74,34% de preceptores que se manifestaram afirmativamente.

**Tabela 27 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012.**

Na sua avaliação, as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde?*	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	319	68,75	1301	74,34	3485	64,52
Não	3	0,64	36	2,06	237	4,39
Parcialmente	141	30,39	405	23,14	1569	29,04
Não sei responder	1	0,22	8	0,46	111	2,05
<b>TOTAL</b>	<b>464</b>	<b>100</b>	<b>1750</b>	<b>100</b>	<b>5402</b>	<b>100</b>

\*Considerar se houve qualificação dos profissionais de saúde, construção conjunta de novos protocolos ou atividades que puderam ser incorporados aos serviços; se os resultados das intervenções e/ou pesquisa(s) contribuíram para a qualificação dos serviços de saúde.

Base: 7616 respondentes (464 coordenadores/tutores, 1750 preceptores e 5402 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

A tabela 28 apresenta as respostas a essa pergunta por região do país, sem diferenças muito expressivas entre elas, embora os resultados do Centro-Oeste

apresentem o menor percentual de opiniões positivas (61,16% responderam “sim”) e o maior percentual dos que responderam “parcialmente” (31,97%) e “não” (4,72%), comparativamente às demais regiões.

**Tabela 28 - Percepção dos entrevistados, por região do país, sobre se as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012.**

Na sua avaliação, as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde?*	Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		Região Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	255	69,29	1773	68,17	285	61,16	1147	69,22	1638	65,21
Não	11	2,99	90	3,46	22	4,72	57	3,44	96	3,82
Parcialmente	95	25,82	704	27,06	149	31,97	428	25,83	736	29,30
Não sei responder	7	1,90	34	1,31	10	2,15	25	1,51	42	1,67
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>100</b>	<b>2601</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1657</b>	<b>100</b>	<b>2512</b>	<b>100</b>

\*Considerar se houve qualificação dos profissionais de saúde, construção conjunta de novos protocolos ou atividades que puderam ser incorporados aos serviços; se os resultados das intervenções e/ou pesquisa(s) contribuíram para a qualificação dos serviços de saúde.

Base: 7604 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Nota: 12 entrevistados que responderam a esta questão não preencheram o campo “Estado” no formulário e, portanto, suas respostas não foram contabilizadas quando se utilizou o filtro do FormSUS para sistematização das informações por estado/região do país.

De um modo geral, os coordenadores igualmente pontuaram em seus relatórios que os resultados das intervenções e das pesquisas realizadas contribuíram para o desenvolvimento dos serviços de saúde. Segundo eles, a vivência nos cenários de práticas trouxe estímulos que possibilitaram a reorganização dos processos de trabalho, promoveram processos de educação permanente e redundaram na busca por novas qualificações na área de saúde coletiva. Muitas pesquisas envolveram a avaliação de serviços por parte dos usuários, o que estimulou reflexões sobre princípios e práticas pelas equipes da atenção básica, como acolhimento e acesso, com consequente reestruturação da demanda.

*“...A qualificação do serviço, a partir da inserção do PET-Saúde da Família, aconteceu de maneira mais específica através da realização de ações de educação permanente em saúde com a equipe de saúde da família, como rodas de conversas, capacitações, cursos, oficinas entre outras. Estas ações educativas responderam às necessidades evidenciadas nos processos de trabalho da equipe... aos problemas do cotidiano do trabalho em saúde...”*

*“...O processo ampliou expressivamente as atividades de educação permanente junto aos profissionais da APS...A Gestão Municipal avalia que o PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE contribuíram para um salto de qualidade nos serviços de saúde, dada a possibilidade de maior interação SMS e Universidade...”*

*“...Todas as atividades desenvolvidas foram compartilhadas com os profissionais do serviço. Muitas das atividades foram incorporadas ao serviço permanentemente e outras modificaram o processo de trabalho na unidade (modificação de registro e procedimentos da sala de vacina; identificação do perfil dos usuários da área de abrangência; acompanhamento dos diabéticos insulino-dependentes)...”*

*“...As atividades de pesquisa e assistência estiveram o tempo todo entrelaçadas, não podendo ser dissociadas e esse foco foi mantido durante todo o processo de trabalho. A experiência foi enriquecedora para os alunos, assim como para o serviço que os acolheu, na mesma medida. Algumas marcas e ideias dos alunos ficaram registradas na memória e na prática de trabalho da UBS. Em algumas situações havia necessidade de colocar a UBS em contato com a comunidade para que esta reconhecesse suas possibilidades de atenção, o que qualificou de forma diferenciada a interlocução serviço-comunidade. O debate sobre as práticas no acolhimento permitiu modificá-las positivamente, com base nos comentários dos alunos sobre determinadas situações observadas na sala de espera...”*

Deste modo, como desdobramento das atividades dos grupos tutoriais nas UBS foram registrados, entre outros: fortalecimento da educação permanente em saúde, a partir da garantia de espaços para reflexão das equipes de saúde sobre as atividades realizadas no cotidiano do trabalho; capacitação de trabalhadores da saúde (em especial dos ACS e preceptores, mas também foram citados técnicos de enfermagem, cuidadores de idosos, profissionais de apoio em saúde mental, funcionários da recepção, técnicos da vigilância em saúde, entre outros); aperfeiçoamento das práticas educativas direcionadas a cada um dos temas estudados; e melhorias na coleta de dados e na alimentação dos sistemas de informações das unidades de saúde.

*“...A própria participação dos profissionais de saúde na função de preceptoria, já se configura em uma qualificação, uma vez que neste papel estes profissionais se vêm motivados a rever conceitos e práticas adotadas no dia-a-dia do serviço...”*

*“...O PET-Saúde otimizou e aprimorou a execução de tarefas que já pertencem ao rol de atividades cotidianas mas que, por vezes não são alcançadas devido a problemas relacionados à falta de estrutura, falta de pessoal e processo de trabalho. Equipes de saúde...ressaltaram que as ações realizadas pelo PET-Saúde promoveram: 1) Dinamização do cotidiano das unidades; 2) (Re)aproximação com os modos de vida da comunidade; 3) Atualização das gerências e melhora na coleta do SIAB, facilitando o desenvolvimento do trabalho da equipe...; 4) Aumento da captação de demanda, principalmente de portadores de doenças crônicas em decorrência das atividades educativas em grupo. 5) Incentivo à leitura científica e interesse no desenvolvimento de pesquisas voltadas para as necessidades dos serviços de saúde, motivado pelo estreitamento da relação ensino-serviço...”*

Alguns coordenadores apontaram como consequência do trabalho dos grupos tutoriais a construção de mapas do território referenciado pelas equipes de Saúde da Família, que não existiam nessas UBS, propiciando a territorialização em saúde como importante instrumento para a visualização e organização das demandas locais.

*“...Todos os alunos e preceptores participaram da construção do estudo do território, com levantamento de dados secundários e revisão da literatura, o que contribuiu para a discussão da construção social do espaço geográfico e sua relação com o processo saúde-doença...”*

Motivados pelas atividades realizadas nos grupos tutoriais, houve ainda menção ao ingresso de vários acadêmicos em programas de residência multiprofissional, à fixação dos profissionais nas USF vinculadas ao PET-Saúde/SF e à aprovação de alguns preceptores e bolsistas em processos seletivos de mestrado. Observou-se maior interesse

dos alunos em utilizar a rede como ambiente de pesquisa e cenário para a realização de estágios práticos e elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

*“...O projeto também contribuiu para estimular a inserção de diversos profissionais da rede em programas de pós-graduação stricto e lato sensu...”*

Como reflexos na universidade, foram citados: maior integração entre os estudantes de diferentes cursos no planejamento e desenvolvimento de atividades práticas e estágios; qualificação da formação na área de saúde mediante processos de adequação curricular; maior aderência dos currículos dos cursos da área de saúde às DCN; adequação do perfil do egresso às reais necessidades do SUS; aperfeiçoamento da gestão acadêmica; fortalecimento da articulação e integração da universidade com a rede de atenção à saúde; contribuições significativas para a consolidação do processo de curricularização da extensão nas IES; e ampliação da produção do conhecimento na área de saúde coletiva/atenção primária à saúde.

*“...Na universidade qualificamos nossos encontros do PET trazendo questões e problemas que até então ficavam fora das atividades de formação. Muitas das propostas que surgiram a partir da reflexão, observação e discussão entre docentes, alunos e preceptores puderam ser implementadas no cotidiano de trabalho da UBS...”*

*“...Houve notória qualificação do Serviço, dos Servidores das USFs e da IES com as ações do PET-Saúde, especialmente em relação ao exercício do cuidado preventivo junto à comunidade, ao cuidado em saúde junto aos grupos específicos que requerem ações curativas e de reabilitação, e finalmente, à melhor condução dos grupos de promoção de saúde, ou seja, esta experiência permitiu ao aluno ter uma visão mais ampliada do SUS e do cuidado em saúde contribuindo para sua formação profissional e qualificação da equipe...”*

A construção conjunta de novos protocolos clínicos para a atenção básica, muitos ainda em processo de desenvolvimento, foi relatada por alguns coordenadores, tendo sido mencionados, por exemplo, protocolos para hipertensão arterial, protocolos para avaliação em visita domiciliar, protocolos de saúde da mulher e de atendimento ao idoso, de assistência ao adolescente, protocolos de biossegurança e para dispensação de medicamentos e correlatos pelas farmácias das UBS.

*“...A partir dos resultados da primeira etapa da pesquisa (investigação da gravidez na adolescência nas comunidades avaliadas ) foi construído um instrumental clínico e educativo (protocolos) para prevenção de gravidez na adolescência. Esses foram validados, no período de agosto de 2011 a janeiro de 2012, através de sua implementação nas unidades investigadas...”*

*“...Outra situação de qualificação da atenção refere-se ao Serviço de Atendimento Terapêutico em Prótese Oral...que propõe oferecer próteses parciais removíveis provisórias e próteses totais também provisórias à população que aguarda atendimento especializado em reabilitação oral, envolvendo a participação dos estudantes e docentes das áreas especializadas. Foram criados protocolos de atendimento deste serviço com participação de trabalhadores de saúde, docentes e técnicos da universidade...”*

*“...As atividades desenvolvidas nas escolas proporcionaram uma proximidade dos adolescentes com as Unidades, uma vez que, antes o contato quase inexistia. Com a presença dos acadêmicos e dos profissionais na escola os adolescentes criaram mais confiança em compartilhar suas angústias, procurando mais o serviço de saúde. Foi possível discutir questões relativas ao Protocolo de Saúde da Criança, inserindo e institucionalizando a participação de outros profissionais (além dos médicos) na assistência à criança. Alguns resultados de pesquisas locais contribuíram para a discussão na equipe de aspectos que estavam falhos, tais como o correto preenchimento dos prontuários. Quanto às novas atividades incorporadas ao serviço, mais escolas estão sendo atendidas pela UBS devido ao PET-Saúde da Família. A partir do PET e da implantação da Caderneta do Adolescente, foi traçado um plano de ação semestral com os professores e direção de escolas, plano este que pretende ser anual e manter-se sistematicamente...”*

## **6.2. Fragilidades e Estratégias de Superação**

De acordo com os relatórios finais de atividades dos grupos PET-Saúde/SF, os problemas detectados no nível local eram discutidos em reuniões das equipes com as coordenações dos projetos e o encaminhamento para superação das dificuldades, conforme necessidades específicas, envolveu estratégias de educação permanente em saúde, rodas de conversa, capacitações, oficinas, workshops e seminários de integração, entre outras.

Segundo os relatos, as fragilidades encontradas no desenvolvimento dos projetos abrangeram: (1) aspectos político-estruturais, como recorrentes mudanças administrativas e políticas em alguns municípios, conflitos entre a gestão municipal e estadual de saúde, e desestruturação da rede de serviços em determinadas regiões, fatores que dificultaram o estabelecimento/continuidade das interlocuções necessárias, sobretudo no nível da gestão, e a motivação das equipes de saúde; (2) aspectos operacionais, como a inadaptação do fluxo de atividades assistenciais das unidades de saúde com as atividades de ensino-aprendizagem ali desenvolvidas, dificuldades na adesão de alguns servidores para participação no desenvolvimento das pesquisas e de estabelecer contato com as pessoas a serem entrevistadas; e (3) questões acadêmicas, como ausência de conhecimento prévio de alguns preceptores sobre metodologia científica e técnicas de análise de dados, poucos tutores com formação/vivência na atenção básica em saúde, alterações frequentes na composição dos grupos, disponibilidade de horários divergentes entre alunos dos diferentes cursos e períodos, dificuldades para cumprimento de algumas metas em período próximo das férias escolares e de conciliação das atividades acadêmicas com as atividades do PET-Saúde, além da desistência de estudantes, principalmente aqueles não bolsistas e os que

concluíam suas graduações, com dificuldades para substituição devido à fase adiantada em que se encontravam os projetos.

*“...As mudanças pretendidas nas equipes, objeto e resultados dos estudos não aconteceram como almejado em função da profunda modificação na gestão política de uma Regional, especialmente da Atenção Primária. Essa nova gestão, em alguns casos, desencadeou dissolução de equipes, perda de espaço físico, conflitos mal manejados entre outras questões. Neste contexto, o trabalho previamente planejado teve, na maioria dos casos, que ser redimensionado, diminuindo sua abrangência, restringindo seu produto aos investigadores e a algumas das equipes trabalhadas...”*

*“...Houve ainda dificuldade de conciliar as atividades do PET com a extensa demanda das matrizes curriculares dos cursos envolvidos e longa distância dos campus da Universidade com a UBS...”*

*“...Quanto aos pontos negativos, os estudantes citaram as dificuldades com parte dos profissionais da unidade não envolvidos no PET-Saúde; a ausência de equipamentos e espaços físicos adequados na unidade para apoio às atividades desenvolvidas. Os preceptores citaram como pontos negativos: a dificuldade da gerência em não compreender a importância do PET-Saúde para a unidade de saúde; a inadequação da área física para momentos de reunião com os estudantes...”*

*“...As fragilidades/nós críticos encontrados ainda são os mesmos relacionados às matrizes curriculares e particularidades dos cursos. Dentre elas estão as diferenças dos currículos ao abordarem a APS nos diferentes cursos, no que diz respeito à inserção dos estudantes na rede, a abordagem dos conteúdos teóricos e as atividades práticas. Persistem ainda as diferenças e dificuldades de horários compatíveis entre os cursos para as atividades, onde a interdisciplinaridade proposta pelo projeto é confrontada com a dificuldade de encaixar estudantes de diferentes cursos em um mesmo horário nas USF...”*

Neste contexto, foram citados como nós críticos no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF: distância entre as unidades básicas de saúde e o campus da universidade, gerando grandes deslocamentos dos participantes do programa (houve relatos de instituições de ensino que não se estruturaram para apoiar esse transporte); transporte público deficiente para os deslocamentos dos alunos até os cenários de prática, em especial nas zonas rurais; riscos para os grupos tutoriais atuando em regiões com grande violência urbana; falta de seguro, exigido por determinados serviços, para os estudantes; pouca integração entre os cursos participantes e dificuldades de inclusão de outros cursos da saúde; fragilidades pelos serviços de saúde no processo de promoção da integração dos acadêmicos em atividades multiprofissionais e interdisciplinares, sendo que a preceptoria, em algumas situações, era destinada somente para estudantes de sua área profissional; vínculo de trabalho instável dos profissionais das equipes de Saúde da Família, gerando ansiedade, desmotivação e rotatividade de preceptores nas UBS, com dificuldades de fixação, em especial, no caso de profissionais médicos; queixas de preceptores (principalmente médicos) em relação à carga horária, segundo eles, insuficiente para compatibilizar atividades de preceptoria com a agenda

das unidades de saúde e suas demandas assistenciais; e número insuficiente de equipes SF e NASF, com baixa cobertura da estratégia em determinados municípios.

*“...Durante o projeto, o município passou por 8 gestores na saúde. A falta de continuidade política, as precárias condições de trabalho na atenção básica, a desmotivação dos profissionais e o pouco investimento do próprio município em ações voltadas para a qualificação dos profissionais, a falta de insumos para o desenvolvimento das atividades podem ser citadas. Outras devem-se à realidade da Universidade - apoio logístico no transporte dos alunos, dificuldades de articulação dado ao engessamento das matrizes curriculares. Como conjunturais, a crescente violência no município...”*

*“...Os problemas estão relacionados a organização do trabalho dos grupos PET e a estrutura curricular dos cursos de graduação na IES e com o próprio funcionamento da rede de atenção à saúde. Apesar das dificuldades em conciliar a grade horária de alunos de medicina e enfermagem e alunos de diferentes anos, foi feito um esforço de planejamento e adequação que permitiu por volta de 85% a 100% de presença em 95% das atividades desenvolvidas em cada projeto...Uma dificuldade também se referiu a conciliação dos grupos com a agenda das comunidades envolvidas nos diversos projetos e da disponibilidade dos profissionais de saúde da SMS..., dada a grande carga de trabalho de todos...”*

Também foram referidos por alguns dos coordenadores PET-Saúde/SF: necessidade de uma maior integração entre as equipes das unidades de saúde, mais humanização na atenção e espaços sistemáticos de discussão; falta de apoio de alguns gestores das unidades de saúde; atrasos no cronograma dos projetos de pesquisa em que foram encontrados dados inconsistentes ou discrepantes, com necessidade de reformulação do sistema de informações; pesquisas que não foram concluídas, em especial pelo não comprometimento dos preceptores responsáveis; processo burocrático e lento nos encaminhamentos e análises dos projetos de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa; poucos profissionais docentes das áreas de sociologia, antropologia, epidemiologia e estatística para auxiliar nas pesquisas; dificuldades na priorização e no envolvimento com o projeto, por parte de alguns dos integrantes dos grupos tutoriais; diversidade de aproximações com a temática, situação que exigiu um processo mais lento em certos casos, devido à importância de trabalhar com as singularidades individuais; dificuldades para motivar e responsabilizar os usuários a participarem das ações educativas propostas pelos grupos tutoriais/equipes de saúde, ocasionando, muitas vezes, baixa participação popular (por outro lado, foi relatado que o horário em que são desenvolvidas as atividades muitas vezes limita a participação da comunidade).

Conforme os relatórios finais de atividades, problemas relacionados à inter-relação pessoal nas equipes vieram à tona, em determinados casos, devido ao caráter interdisciplinar das atividades desenvolvidas. Outras fragilidades que constaram em alguns desses relatos: ocorrência de greves nas universidades e de profissionais da saúde; não integração com CMS, CIES, CIB, CIR, e conselhos locais de saúde; pouco

envolvimento em atividades propostas pelos projetos por parte de docentes não participantes do PET-Saúde ou de outros programas de mudanças na graduação induzidos pela gestão federal; problemas de comunicação entre os atores envolvidos; e deficiências no processo de monitoramento e avaliação das ações locais.

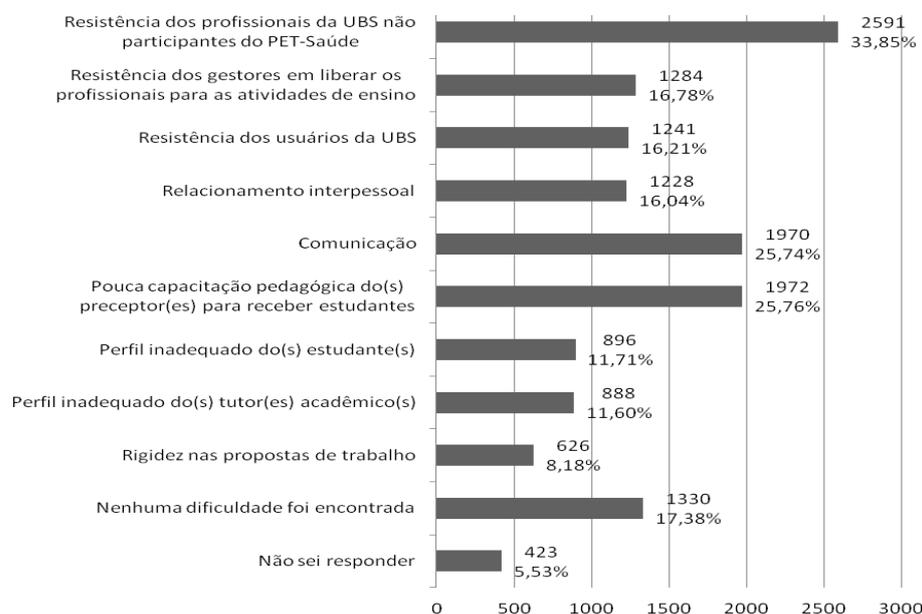
Ainda, houve menção a determinadas instituições de ensino e serviços com profissionais que têm atuação pautada no modelo médico-centrado, pouco afeitos a mudanças, não preparados para atuarem na lógica da ESF ou que carecem de formação na atenção básica e em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Segundo esses relatos, isso causou problemas para manter o grupo coeso e persistente frente às dificuldades presentes no cotidiano das relações institucionais.

Uma das questões do formulário estruturado relacionava alguns aspectos que poderiam fragilizar o processo de integração ensino-serviço-comunidade e solicitava que os participantes da pesquisa assinalassem uma ou mais das opções apresentadas. O gráfico 30 demonstra o resultado geral, considerando todos os que se posicionaram em relação a essa pergunta (99,25% dos entrevistados). As opções mais destacadas foram: “*Resistência dos profissionais da UBS não participantes do PET-Saúde*” (33,85%), “*Pouca capacitação pedagógica do(s) preceptor(es) para receber estudantes*” (25,76%), e “*Comunicação*” (25,74%).

A partir do recorte por categoria de participação no programa (tabela 29), verifica-se que para coordenadores e tutores acadêmicos também sobressaíram as opções acima, respectivamente com 47,29%, 43,82%, e 27,55% de marcações (percentuais mais elevados em comparação com a manifestação de preceptores e estudantes), além da alternativa “*Resistência dos gestores em liberar os profissionais para as atividades de ensino*”, apontada por 38,83% deles.

A alternativa “*Nenhuma dificuldade foi encontrada*” foi assinalada por 17,38% do total de respondentes e duas outras opções tiveram 16% de marcações cada: “*Resistência dos usuários da UBS*”, e “*Relacionamento interpessoal*”, conforme apresentado no gráfico 30.

**Gráfico 30 - Percepção dos entrevistados sobre quais aspectos dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**



Base: 7654 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 29 - Percepção dos entrevistados, por segmento representado, sobre quais aspectos dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011. Brasil, 2012.**

Quais dos aspectos abaixo você considera terem dificultado a integração ensino-serviço-comunidade?	Coordenad./Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Resistência dos profissionais da UBS não participantes do PET-Saúde	218	47,29	561	32,11	1812	33,27
Resistência dos gestores em liberar os profissionais para as atividades de ensino	179	38,83	355	20,32	750	13,77
Resistência dos usuários da UBS	19	4,12	191	10,93	1031	18,93
Relacionamento interpessoal	92	19,96	236	13,51	900	16,53
Comunicação	127	27,55	372	21,29	1471	27,01
Pouca capacitação pedagógica do(s) preceptor(es) para receber estudantes	202	43,82	277	15,86	1493	27,41
Perfil inadequado do(s) estudante(s)	47	10,20	306	17,52	543	9,97
Perfil inadequado do(s) tutor(es) acadêmico(s)	29	6,29	155	8,87	704	12,93
Rigidez nas propostas de trabalho	42	9,11	109	6,24	475	8,72
Nenhuma dificuldade foi encontrada	46	9,98	440	25,19	844	15,50
Não sei responder	8	1,74	32	1,83	383	7,03

Base: 7654 respondentes (461 coordenadores/tutores, 1747 preceptores e 5446 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Nas avaliações feitas pelas coordenações locais junto aos grupos tutoriais, algumas questões também emergiram como pontos estratégicos a serem aperfeiçoados, como a humanização, o autocuidado, a integralidade e a corresponsabilização na atenção à saúde, o processo de trabalho em equipe, e aspectos relacionados aos vínculos profissionais, muitas vezes precarizados. A necessidade de problematizar junto à categoria médica a sua participação no processo de formação em saúde também foi registrada em alguns relatórios, bem como a importância de intensificar a discussão interdisciplinar dos problemas de saúde identificados nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família, com envolvimento de todos os atores no processo, incluindo o Conselho Local e o Gestor Municipal de Saúde.

*“...Vivenciamos um outro problema que foi a resistência de alguns alunos, principalmente do curso de medicina, em realizarem a vivência com outros profissionais de saúde que não fossem médicos. Mantivemos o posicionamento que um grande objetivo do PET era romper com este modelo Biomédico e individualizado de formação e com o decorrer do projeto, os alunos foram compreendendo a dinâmica proposta e atualmente consideramos que o grupo consegue trabalhar de forma multiprofissional e respeitosa...”*

*“...Outro ponto bastante discutido pelo grupo é a lenta transformação do processo de trabalho das equipes, ainda não afinadas com as diretrizes da própria Estratégia Saúde da Família. Entendemos que trata-se de processo, porém, a discussão tem sido realizada no sentido de acelerar este processo para que o cenário de prática torne-se adequado o mais breve possível, para que os futuros profissionais já tenham vivenciado uma nova prática em saúde que atenda integralmente as necessidades dos usuários...”*

Fragilidades na organização e gestão dos serviços também tiveram destaque, além da necessidade de se ampliar as ações junto às comunidades e de institucionalização das atividades realizadas pelo PET-Saúde, tanto nos serviços de saúde como na academia, pois de acordo com alguns relatos, foram criados poucos mecanismos locais de sustentabilidade para garantir a permanência dos resultados do programa.

*“...Considera-se que o PET-Saúde contribuiu para um novo olhar para a formação e cuidado em saúde, no entanto, ainda se coloca a necessidade de ampliação e consolidação de diretrizes que trilhem uma trajetória diferenciada...”*

Conforme já apontado na questão que abordava a adequação das UBS enquanto cenários de práticas dos projetos PET-Saúde/SF, predominaram nos relatórios elaborados pelos coordenadores aspectos relacionados à infraestrutura deficiente dos serviços para acolhimento dos estudantes, e ambientes não adaptados para reuniões dos grupos e realização de atividades educativas. Segundo eles, essas inadequações prejudicaram o desenvolvimento de ações integradas e coletivas. Para além do espaço físico, houve referências à falta de materiais/ferramentas/equipamentos para desenvolvimento das atividades previstas, a exemplo de tecnologias de comunicação e determinados programas para análises estatísticas (a ausência de computadores e acesso

à internet nas UBS também foi mencionada em alguns relatórios), ao preenchimento incorreto e insuficiente de documentos com informações atualizadas sobre a demanda atendida nas unidades de saúde, e descontinuidade no registro de dados simples, como o peso, prejudicando determinadas pesquisas, e até mesmo alusões à falta de energia elétrica, água e mobiliário.

*“...Temos principalmente problemas de infraestrutura, não havendo espaço suficiente nas unidades para o recebimento dos acadêmicos de forma a proporcionar um espaço agradável de convivência e trabalho conjunto, também não há salas para reuniões ou para realização de atividades coletivas...”*

*“...Uma das dificuldades em relação à infraestrutura é que as Unidades de ESF são, muitas vezes, casas precariamente adaptadas e utilizadas como referência para a comunidade... As unidades são residências alugadas, fora do padrão da vigilância sanitária...”*

*“...O espaço físico dos Centros de Saúde foi sendo adequado para receber estudantes desde o Pró-Saúde I. No entanto o aumento expressivo do nº de equipes por CS concomitante com a expansão do nº de alunos com atividades práticas nos CS (de 2005 a 2011 houve acréscimo de 1163 alunos na Rede Básica de Saúde) resultou que o espaço físico hoje é insuficiente para atender todas as demandas...”*

Algumas das avaliações locais consideraram que certas dificuldades fogem da governabilidade das coordenações do PET-Saúde, como os já citados problemas de infraestrutura nas UBS, conjunturas políticas, precarização de vínculos trabalhistas, e o “engessamento” das matrizes curriculares, que dependem de mudanças acadêmicas e de gestão mais estruturantes.

*“...As propostas para superação das dificuldades foram direcionadas para a melhoria da infraestrutura da unidade e isso foge da governabilidade da IES, cabendo a resolução do problema por parte da prefeitura municipal...”*

*“...A superação das dificuldades implica na adequação da estrutura física e tecnológica (SISREG), com incremento de materiais e equipamentos; na manutenção preventiva constante de equipamentos; no investimento em protocolos de cooperação interinstitucional para garantir UBS-escolas; e na proposição de política de incentivo a carreira das diversas categorias profissionais na APS, que estejam envolvidas na formação de recursos humanos para o SUS...”*

*“...A avaliação do grupo de tutores e coordenação em relação ao Projeto verifica que houve diferenças entre o desempenho dos grupos tutorias, muito relacionadas aos problemas alheios ao Programa, como mudança dos preceptores de Medicina, em três momentos por motivos de transferências para outro estado, dificultando a operacionalização do PET nas USF com tutoria desses docentes e refletindo em desmotivação dos grupos específicos...”*

A articulação/parceria entre a universidade e a gestão de saúde não se manteve de forma efetiva ao longo do desenvolvimento dos projetos, conforme alguns relatos, que destacaram, além disso, a necessidade de maior número de reuniões gerais com a coordenação do PET-Saúde no nível federal, sugerindo como proposta de

aprimoramento dos projetos, uma assessoria mais efetiva por parte do Ministério da Saúde.

*“...Destacamos a necessidade de consolidação do apoio da Secretaria Municipal de Saúde para um melhor desenvolvimento das ações, e do MS/SGTES/DEGES para a continuidade desses inovadores programas educacionais...”*

Com relação aos preceptores, houve menção de que alguns profissionais ainda têm dificuldade de construir uma relação de parceria com as instituições de ensino e com os estudantes e vice-versa. O papel da preceptoria, para além do desenvolvimento cotidiano das ações já desenvolvidas na unidade de saúde, nem sempre é claro e em certos casos foi compreendido como atuação administrativa, envolvendo aspectos clínicos do atendimento mediante demanda dos estudantes. No entanto, alguns relatórios registraram que o comprometimento e a responsabilização dos preceptores foram se acentuando conforme o decorrer dos projetos.

*“...Para os profissionais, é muito difícil entender que a supervisão de alunos da área de saúde é uma atribuição inerente à sua prática profissional no SUS...”*

Foram registradas, em alguns relatórios, dificuldades referentes à conciliação dos horários disponíveis pelos estudantes para atuação nos grupos tutoriais, considerando suas diferentes grades curriculares, em especial no que diz respeito ao curso de medicina, que tem carga horária superior aos demais cursos da área da saúde. O horário de funcionamento de muitas unidades de saúde da rede básica, até às 17 horas, também prejudicou uma maior participação dos estudantes, no que se refere à compatibilidade de horários entre eles e seus preceptores.

*“...A falta de disponibilidade dos estudantes do curso de Medicina (incompatibilidade da carga horária – ‘curso integral’), cujos horários são muitas vezes incompatíveis com a disponibilidade do preceptor e/ou da própria comunidade e cujas exigências acadêmicas são grandes...”*

*“...As grades curriculares dos cursos envolvidos no projeto apresentam diferenças quanto ao desenvolvimento de conteúdos e atividades, além da diferença dos horários dos estágios. Entendemos a importância da interdisciplinaridade na reorganização do processo de trabalho em saúde, especialmente na Atenção Básica, porém, uma preocupação que temos é de fazer com que o aluno vivencie práticas interdisciplinares na realidade do processo de trabalho e não em momentos acadêmicos ‘montados’, que estão fora da realidade dos serviços...”*

*“...A integração entre os cursos ainda permanecia uma grande dificuldade, especialmente pela questão dos horários diferenciados de cada curso. Em várias oportunidades na universidade já se discutiu a necessidade de aproximação de atividades, o que implica em mudanças de horários de disciplinas, porém tais mudanças mexem com toda a matriz curricular dos cursos envolvidos, e não apenas de uma troca simples de disciplina, o que tem impedido qualquer tipo de movimentação. O grupo multiprofissional passou a realizar algumas atividades interdisciplinares, mas ainda assim, limitadas e pontuais, restritas a projetos que são implementados nas unidades de saúde, e não delimitadas pelo processo de trabalho...”*

*“...Os estudantes de medicina e odontologia geralmente referem pouca disponibilidade da carga horária para o desenvolvimento das atividades, nem sempre compatíveis com os horários do curso na Universidade, bem como dificuldades de alguns professores em liberarem para desenvolverem estudos na estratégia de saúde da família...”*

Incertezas em relação à continuidade do apoio ao desenvolvimento de pesquisas na atenção básica, nos moldes do PET-Saúde, foi uma questão apresentada, considerando a possibilidade de ser necessário buscar outras fontes de financiamento.

O fato de nem todos os alunos participantes do PET-Saúde receberem as bolsas federais gerou “ruídos” em alguns casos, por haver diferenciação entre bolsistas e voluntários, em um mesmo grupo tutorial. Também foi mencionada como fragilidade por alguns coordenadores, a menor participação/envolvimento de estudantes não bolsistas nas atividades programadas.

*“...Ainda em relação à participação dos alunos, no que se refere aos alunos não bolsistas, a dificuldade é ainda maior; muitos iniciam as atividades, porém, a evasão é ainda mais precoce pelo fato do não recebimento da bolsa frente aos bolsistas, mesmo que conversado anteriormente sobre o assunto e com assinatura do termo de compromisso...”*

*“...Também se constatou dificuldade na permanência dos alunos não bolsistas com grande rotatividade dos mesmos. Observou-se desmotivação para participarem das atividades desenvolvidas. Tal descontinuidade e rotatividade geram também dificuldades para alunos que entram no programa já em desenvolvimento para compreender a construção da proposta e se inserirem na dinâmica do que se está sendo construído. Esta realidade por vezes, se torna fator de desmotivação entre os demais participantes dos grupos tutoriais...”*

A falta de incentivos financeiros também para outros trabalhadores, como os Agentes Comunitários de Saúde, que contribuíram para as pesquisas em campo, desencadeou certa resistência por parte desses trabalhadores e causou dificuldades na gestão de determinados projetos, embora algumas estratégias de superação desse problema tenham sido construídas localmente.

*“...O número de grupos PET-Saúde aprovado foi menor do que o planejado, requerendo a divisão de bolsas entre tutores e preceptores, visto que o número de profissionais e professores envolvidos nas atividades supera o de bolsas concedidas. Por outro lado, a natureza das atividades nos Centros de Saúde requer o envolvimento de todos os integrantes das equipes (ACS, Técnicos de nível médio, administrativos) enquanto que apenas os preceptores do projeto recebem bolsas...”*

*“...Uma das estratégias encontradas ao longo do projeto, diante da resistência por parte dos ACS em participar como colaboradores das atividades propostas – uma vez que não recebiam bolsa – foi a de oferecer grupos permanentes com esses profissionais a partir de temas propostos pelos mesmos. Foram trabalhados os seguintes temas: estresse, educação permanente e drogas...”*

Um aspecto importante registrado em alguns relatórios e também observado no processo de monitoramento do programa pelo DEGES/SGTES/MS, foi a ausência de recursos financeiros para apoio às ações de integração ensino-serviço-comunidade, no que se refere a gastos com participação em eventos científicos e elaboração de material

educativo apropriado, além de outras despesas como aquisição de material de consumo, equipamentos e material permanente, obras de conservação e adaptação de bens imóveis.

Considerando que o PET-Saúde apoia financeiramente o processo de mudanças na graduação exclusivamente por meio do pagamento de bolsas aos envolvidos nesse processo, outros recursos para despesas correntes e de capital necessários na execução dos projetos poderiam ser obtidos como contrapartida das IES e/ou das unidades de saúde, e, nos casos das escolas participantes do Pró-Saúde, utilizando os repasses proporcionados por esse programa, que prevê esse tipo de financiamento. Alguns coordenadores PET-Saúde, entretanto, demonstraram existir certa desarticulação local na condução desses dois programas, e apontaram em seus relatórios questões como a baixa execução financeira do Pró-Saúde, desconhecimento de como as secretarias de saúde têm aplicado os valores recebidos por este último, e tempos distintos dos repasses financeiros pelo nível federal destinados ao PET e Pró-Saúde, dificultando a otimização dos recursos.

*“...Demora na instalação do material adquirido pelo PRÓ-Saúde II para a USF (computador, TV, entre outros) por parte da SMS...”*

*“...Houve uma desmobilização para reuniões a partir do segundo semestre de 2011, com o não recebimento pela Universidade dos recursos do Pró-Saúde que viabilizariam a realização dos atividades intra e extra Universidade...”*

A pouca articulação com outras iniciativas de educação pelo trabalho, como as residências médicas/multiprofissionais, o Telessaúde, ou mesmo de integração com outros projetos PET-Saúde temáticos (Saúde Mental e Vigilância em Saúde) foi descrita em alguns relatórios, embora outros apontassem a existência dessa articulação: *“...a integração com o Pró-Saúde também facilitou muito a realização de atividades, tanto nas unidades de saúde como na própria universidade, ficando muito evidente como os dois projetos se complementam, sendo que o Pró-Saúde atua na estruturação e o PET-Saúde na execução das atividades de integração ensino-serviço...”*.

Algumas propostas dos grupos tutoriais para superação das dificuldades encontradas no desenvolvimento dos projetos abrangem questões como: necessidade de comprometimento mais efetivo e homogêneo de todos os integrantes dos grupos, promovendo a corresponsabilização; estabelecimento de horários definidos para as atividades do PET-Saúde nas grades curriculares; revisão da sobrecarga de aula teórica dos estudantes, que muitas vezes inviabiliza os trabalhos de campo; melhorar a compatibilidade de horários entre os participantes; definição de temáticas a partir de

linhas de cuidado que propiciem a participação dos diferentes cursos da saúde e áreas afins; realização de atividades/dinâmicas que proporcionem mais interação/integração entre os participantes dos distintos cursos; envolvimento não somente dos estudantes e preceptores PET-Saúde, mas também de todos os trabalhadores da UBS; intensificação das atividades práticas realizadas nas UBS, possibilitando aproximação ainda maior com as comunidades locais e as diretrizes do SUS; ampliação dos cenários de práticas, intensificando a parceria com outros espaços tais como escolas, creches e asilos para execução das atividades de educação na saúde; e aperfeiçoamento do planejamento, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas no nível local.

Foi também sugerida a organização de agendas, cronogramas, planos de trabalho e metas, com calendário anual das atividades e datas das reuniões preliminarmente disponibilizados aos participantes.

Outras propostas foram citadas ao longo dos relatórios, tais como: realização de reuniões mais frequentes com os grupos tutoriais; aprimoramento dos critérios e métodos de seleção dos participantes para integrarem os projetos locais; ampliação dos projetos para que mais alunos sejam contemplados; ampliação do quantitativo de bolsas; necessidade de mais atividades de aprofundamento teórico junto aos grupos; necessidade de consenso sobre as atividades a serem realizadas; melhor distribuição de atribuições entre os integrantes; aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação entre os grupos; maior interação dos tutores sobre as atividades dos diferentes cursos; ampliação do número de trabalhos científicos, com desenvolvimento de um programa permanente de pesquisa com os serviços de saúde; maior participação das equipes nos Conselhos de Saúde; maior envolvimento de representantes dos Conselhos e de lideranças dos bairros nos eventos locais PET-Saúde; retorno dos dados cadastrados e enviados para a secretaria de saúde para todos os profissionais das equipes SF para que possam ter conhecimento dos problemas de saúde mais frequentes de sua região; e ampliação da intersetorialidade, com formalização de parcerias com a Secretaria de Esporte e Lazer, a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria do Desenvolvimento Social, entre outras.

Mas algumas experiências relatadas demonstraram que o planejamento coletivo propiciou horários comuns entre os alunos de diferentes cursos para que as ações de grupos mistos fossem realizadas. Também foram referidas iniciativas da gestão local de saúde para enfrentamento dos problemas relacionados à infraestrutura da APS e de parcerias para utilização de equipamentos comunitários, quando as atividades

envolviam maior número de participantes. Desta forma, dificuldades relacionadas ao insuficiente espaço físico nas unidades de saúde foram contornadas, em alguns casos, com a abertura para atuação em escolas, igrejas e creches, sendo que o desenvolvimento de ações de saúde realizadas fora dos ambientes das UBS foi um dos aspectos bem qualificados pelos participantes dos grupos tutoriais nas avaliações locais.

*“...O grupo fez diversas propostas para melhoria de cada dificuldade encontrada (como a busca por apoio financeiro no comércio da comunidade para realização das atividades educativas para superação da falta de apoio monetário para a pesquisa) e conseguiu cumprir todas as etapas inicialmente propostas com produtos construídos de maneira conjunta pelos preceptores e monitores...”*

*“...A infraestrutura das USFs tem limitações... as quais foram contornadas com atividades extra USF, sem maiores problemas. Houve necessidade de troca de preceptores e rodízio entre algumas unidades, por motivos de dinâmicas dos serviços, orientados pela SMS...”*

*“...A Prefeitura Municipal...teve sua história organizacional modificada... Ampliou o número de UBS com instalações próprias (a grande maioria está instalada por locação de imóveis, por vezes impróprios para atender usuários e receber alunos). Hoje ampliou-se a rede, há profissionais designados especificamente para atender os projetos, o que facilita a relação de planejamento conjunto. O setor de contratação de profissionais está em franca reorganização, com concursos ampliados e melhorias no planejamento estratégico da saúde da rede pública do município...”*

## **7. ANÁLISES E PROPOSIÇÕES: REFLETINDO SOBRE A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE EM UM CONTEXTO DE DESAFIOS INSTITUCIONAIS**

A pesquisa realizada, no âmbito da gestão federal, procurou alcançar seus objetivos a partir do olhar de representantes do segmento da atenção (profissionais dos serviços de saúde) e da formação (estudantes e docentes de cursos de graduação da área da saúde). Não foram feitas entrevistas com gestores, usuários das unidades básicas de saúde, escolas e outros equipamentos sociais, onde se deram as atividades de ensino-aprendizagem, ou com representações do controle social. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das avaliações e pesquisas desenvolvidas pelos projetos PET-Saúde/SF envolveram esses segmentos, possibilitando apreender, no nível local, informações estratégicas sobre as especificidades locais que esses atores podem revelar com maior profundidade.

De forma complementar ao presente trabalho, sugere-se a realização de pesquisa direcionada aos estudantes egressos das universidades e aos docentes e preceptores que participaram da experiência do PET-Saúde, para investigar de que modo eles consideram ter o programa influenciado nas suas atuais atividades profissionais. Outro estudo importante seria buscar identificar e ouvir os participantes que não responderam aos questionários propostos nesta dissertação, suas motivações/desmotivações para o não preenchimento dos formulários, no sentido de que os resultados dessa investigação também possam ser analisados e avaliados pela gestão federal.

Os fatores que facilitaram ou dificultaram a execução dos projetos PET-Saúde/SF sofreram influência de diferenciados contextos políticos e institucionais, das condições de infraestrutura das unidades de saúde em que as atividades se desenvolveram, e das relações estabelecidas internamente nos grupos tutoriais e entre estes e os diversos cenários de práticas e comunidades adstritas. O quadro na sequência apresenta uma síntese desses fatores apontados pelos participantes dos grupos tutoriais.

**Quadro 2 - Síntese dos aspectos facilitadores e obstáculos observados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/SF 2010/2011, segundo a opinião dos entrevistados. Brasil, 2012.**

<b>FORTALEZAS</b>	<b>FRAGILIDADES</b>
Avanços no trabalho multiprofissional e interdisciplinar.	Serviços de saúde não adaptados para realização de ações educativas; fragilidades na organização e gestão dos serviços.
Intensificação das ações de intervenção e pesquisa realizadas em unidades básicas de saúde e direcionadas à comunidade.	Deficiências no processo de monitoramento e avaliação das ações locais; baixa institucionalização dos processos avaliativos.
Utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Precarização de vínculos de trabalho, carência de profissionais na rede para exercerem a preceptoria.
Ampliação do interesse pelo campo da saúde coletiva e diversificação dos cenários de práticas.	Limitações na liberação dos profissionais da rede para as atividades de ensino.
Avanços na intersetorialidade.	Despreparo para o exercício da preceptoria; nem sempre é reconhecido o papel dos preceptores na supervisão dos acadêmicos, como atribuição inerente à sua prática profissional.
Promoção da educação permanente, com reorganização dos processos de trabalho.	Resistência de profissionais não participantes dos grupos tutoriais.
Valorização dos profissionais da saúde e das necessidades dos serviços subsidiando as práticas acadêmicas.	Fragmentação intra e interinstitucional das áreas/profissões.
Fortalecimento e dinamização dos mecanismos de financiamento das ações de educação na saúde.	Pouca flexibilidade das matrizes curriculares; grades curriculares “engessadas”; horários incompatíveis para o desenvolvimento de atividades integradas pelos diferentes participantes.
Estímulo à produção e disseminação de conhecimentos na área da atenção básica/saúde coletiva.	Falta de integração com outras ações de educação pelo trabalho em saúde.
Contribuição para a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão.	Rupturas no processo de integração ensino-serviço-comunidade devido a mudanças políticas e de gestão.
Valorização da ESF como porta de entrada dos usuários ao SUS; importância da APS na prevenção de agravos e promoção da saúde.	Infraestrutura deficiente e falta de materiais/ferramentas/equipamentos em muitas UBS; desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
Contribuição no preparo para atuação em grupo e com grupos; realização de encontros regionais para troca de experiências entre os grupos tutoriais.	Atrasos no pagamento das bolsas PET-Saúde/SF; diferenciação entre bolsistas e voluntários; falta de incentivos para outros trabalhadores não integrantes dos grupos tutoriais e que contribuíram nas ações desenvolvidas.

Fonte: Elaboração própria, dezembro de 2012.

Interessante observar que alguns quesitos específicos do processo de ensino-aprendizagem foram descritos tanto como fragilidades no desenvolvimento dos projetos locais, segundo observações de alguns coordenadores, quanto fortalezas, na análise de outros, como por exemplo, o item “comunicação entre os integrantes dos grupos”.

A predominância de participantes do Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil acompanha a concentração populacional e de instituições formadoras nessas regiões. Os editais PET-Saúde têm contemplado alguns critérios preferenciais para seleção, entre eles, projetos oriundos da Amazônia Legal. Contudo, apesar de estímulos como esse, poucas propostas dessa área do país são encaminhadas ao DEGES/SGTES/MS. O monitoramento do programa e os resultados da pesquisa demonstram que o desenvolvimento de projetos nessa região ocorre em meio a muitas fragilidades, como problemas de infraestrutura, pouco acesso à informação e carência de pessoal. Faltam profissionais qualificados, que, quando presentes, são responsáveis pela condução de vários projetos/programas demandados pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Os relatórios de atividades dos grupos tutoriais refletiram essas limitações.

Por outro lado, minha vivência no departamento permite identificar também a dificuldade da gestão federal em oferecer adequada cooperação técnica para a implementação dos projetos selecionados, que deveria ser intensificada nas regiões do país que mais necessitam de apoio técnico-financeiro. Em que pese o esforço nesse sentido, o Ministério da Saúde se ressentia, igualmente, de alguns problemas relatados pelos níveis municipal e estadual de gestão, como a precarização de vínculos trabalhistas que gera desmotivação e rotatividade dos trabalhadores da saúde.

A maior presença no PET-Saúde/SF 2010/2011 dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia está em consonância com a composição dos profissionais de nível superior das equipes básicas da APS/ESF. A participação proporcionalmente menor das demais categorias profissionais reflete o panorama atual da atenção básica no país, em que o número de NASF cadastrados e credenciados junto ao Ministério da Saúde vem sendo ampliado gradativamente ao longo dos últimos anos, com o objetivo de expandir a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

De todo modo, o desenvolvimento de atividades multiprofissionais e interdisciplinares no âmbito dos projetos PET-Saúde/SF foi assinalado pela maioria dos entrevistados, sendo que os preceptores apontaram, em maior proporção que os demais segmentos representados na pesquisa, ter ocorrido envolvimento e integração entre diferentes cursos, disciplinas e profissões da saúde. A atuação nos serviços possibilitou aos participantes a articulação entre teoria e prática, a incorporação do conceito de atenção integral e maior percepção sobre a complexidade do contexto social e das

relações humanas. A dinâmica de trabalho em grupos tutoriais favoreceu a formação crítica de seus integrantes e fortaleceu os vínculos e corresponsabilidades na produção do cuidado.

Os resultados do estudo, de uma forma geral, apresentam percentuais elevados de qualificações positivas dos entrevistados também sobre os demais aspectos relacionados ao PET-Saúde/SF abordados na pesquisa. As percepções dos integrantes dos grupos tutoriais sobre o programa revelaram suas expectativas e oferecem subsídios importantes para a gestão de seus futuros desdobramentos, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os participantes da pesquisa, ao se manifestarem sobre os objetivos do PET-Saúde/SF, destacaram o fomento à integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade. De fato, apesar de dificuldades na articulação entre as instituições de ensino e a gestão da saúde em determinados municípios, que foram apontadas em alguns relatórios finais de atividades do programa, um percentual elevado de coordenadores afirmou haver formalização da parceria ensino-serviço, com existência de instrumento jurídico legal entre as IES e as secretarias de saúde, como foi possível observar na apresentação dos produtos deste trabalho. Algumas iniciativas importantes nesse sentido foram mencionadas nos relatórios, a exemplo de leis municipais que regulamentam a *Rede-Escola*, porém estas experiências ocorreram de forma pontual e localizada.

O grau de representação de cada um dos segmentos que devem estar envolvidos nessa parceria transitou, nos diferentes projetos, desde uma participação aparentemente “pró-forma”, até um efetivo envolvimento dos atores da gestão, atenção, ensino e controle social.

A consolidação dessas articulações/construções pode ser garantida com a sistematicidade de diálogos e decisões das reuniões das equipes de saúde, nos conselhos locais e municipais, e pelas práticas de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de forma coletiva, incluídos nesse contexto, estudantes e docentes.

Muitos coordenadores destacaram que programas como o PET-Saúde fortalecem uma articulação que já existia entre as universidades e os serviços de saúde. A inclusão dos gestores e de representantes de usuários e discentes nas comissões gestoras locais dos projetos foi apontada como fundamental nesse processo. Os instrumentos legais que formalizam essa parceria e a crescente participação social sinalizam para a institucionalização da integração ensino-serviço-comunidade em muitos municípios. No

entanto, ainda representa um desafio a proposta do *SUS como escola*, tema do Congresso Brasileiro de Educação Médica - COBEM 2009, e ideário de tantos militantes da saúde pública no Brasil, que vislumbram uma reformulação da formação profissional e da atenção em saúde, tendo como eixo a integralidade.

Foi possível identificar, ao longo do processo de monitoramento do programa e a partir da análise dos relatórios de atividades, que nos municípios em que a integração ensino-serviço-comunidade já vinha sendo estimulada pelos gestores locais e incorporada aos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, o desenvolvimento do PET-Saúde potencializou essa articulação. Nessas regiões, os coordenadores tiveram mais oportunidades de transformar os incentivos financeiros proporcionados pelo programa em ações de intervenção e pesquisa realizadas pelos grupos tutoriais junto às equipes da APS, cujos resultados foram amplamente divulgados e publicados em periódicos nacionais e internacionais. Essa constatação reforça a necessidade de se ampliar o apoio técnico ofertado pelo MS para regiões do país em que essa realidade é bem menos favorável.

Avanços da intersetorialidade no nível local foram claramente identificados na pesquisa, com referências à articulação do setor saúde com secretarias municipais de educação, secretarias de cultura, meio ambiente e transporte, secretarias ou centros de referência de assistência social, além de outros espaços sociais, a exemplo de escolas públicas, creches, associações de bairro e igrejas locais, onde foram desenvolvidas diversas atividades.

A contribuição do programa para o trabalho em equipe e para a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem também foi ressaltada, o que favoreceu o protagonismo dos estudantes, que têm a oportunidade de aprender a partir do contato com os problemas encontrados nos cenários de práticas e nas comunidades. A implementação dos projetos locais possibilitou o intercâmbio de saberes, a qualificação em aspectos humanísticos e a valorização do olhar investigativo da pesquisa, com uso de métodos científicos nas práticas do cotidiano do trabalho.

O estudo demonstrou ter ocorrido ampliação da carga horária de atividades práticas na atenção básica e junto à comunidade, e diversificação de cenários de aprendizagem. A contribuição do PET-Saúde/SF para o desenvolvimento e a formação profissional aparece fortemente na percepção dos entrevistados, seja em atividades de ensino, pesquisa ou extensão.

Em especial, o planejamento e a execução de ações direcionadas à comunidade foram destacados como desdobramento dos projetos e considerados importantes no processo de qualificação profissional e dos serviços de saúde, recomendando-se a ampliação das atividades de extensão, conforme sinalizado nas entrevistas. Desta forma, o programa contribui para a tão preconizada indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, em que ocorre a democratização do saber acadêmico, com produção de conhecimento em consonância com as necessidades sociais e que retorna à universidade ressignificado, de forma que a extensão efetivamente articule teoria e prática e forneça contribuições às mudanças necessárias nos processos pedagógicos.

A produção e a disseminação de conhecimentos na área da atenção básica, conforme as necessidades dos serviços de saúde e da comunidade, representaram importantes conquistas do programa, e podem ser identificadas em publicações sobre os resultados alcançados nos projetos locais, com repercussões na mídia impressa e eletrônica. Os produtos gerados pelo trabalho dos grupos tutoriais, referentes aos relatos de experiências ou aos resultados das pesquisas, foram apresentados em eventos locais, regionais, nacionais e internacionais. Houve também significativo número de publicações de artigos em periódicos e, mais pontualmente, a elaboração de livros/capítulos de livros.

Os entrevistados, em sua maioria, consideraram que as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços públicos de saúde e favorecem uma formação profissional de acordo com as demandas do SUS, com um percentual maior de preceptores que assim opinaram, em relação aos tutores, coordenadores e estudantes. Com efeito, o programa foi concebido tendo em perspectiva a valorização dos serviços de saúde e das instâncias colegiadas do SUS nos processos decisórios das prioridades em educação na saúde.

Um aspecto importante identificado em vários relatórios foi a motivação proporcionada a partir do desenvolvimento dos projetos para que estudantes e profissionais da rede procurassem se inserir em programas de pós-graduação stricto e lato sensu na área de saúde pública.

De um modo geral, os participantes qualificaram positivamente as UBS em que desenvolveram atividades no decorrer dos projetos, enquanto cenários de práticas do PET-Saúde/SF, também aqui em especial os preceptores, que manifestaram uma percepção mais positiva sobre os serviços de saúde, em comparação aos demais segmentos representados no programa.

Apesar das recorrentes críticas em relação à infraestrutura dos cenários da APS no Brasil, muitas delas mencionadas nos relatórios finais de atividades dos grupos PET-Saúde/SF pelos coordenadores dos projetos locais, as UBS parceiras do programa foram bem avaliadas pelos entrevistados.

Há que se destacar, no entanto, as desigualdades que ainda persistem e que ficam evidenciadas ao se analisar esses resultados com o recorte das opiniões dos entrevistados por região do país, em que a proporção de avaliações negativas é mais elevada na região Norte comparativamente às demais regiões. Do mesmo modo, deve-se atentar para o percentual de 20% dos entrevistados que qualificaram as unidades básicas de saúde, enquanto cenários de práticas de ensino-aprendizagem, como “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Não é possível melhorar a resolubilidade da APS e seu fortalecimento, caso suas unidades não sejam atrativas para estudantes, profissionais, docentes e usuários. Estudos recentes apresentados pelo DAB/SAS/MS apontam que apesar de 98% das Secretarias Municipais de Saúde possuírem conectividade, 70% das UBS não têm, e nos 30% de UBS que possuem conectividade, somente 12% dos consultórios apresentam registros de acesso à internet<sup>79</sup>.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem buscando reduzir as iniquidades na atenção à saúde, investir na estruturação das UBS e fomentar oportunidades de educação permanente, educação a distância e telessaúde aos trabalhadores da APS. Apoio técnico e financeiro às residências em medicina de família e comunidade e multiprofissionais em saúde tem sido implementado, como também programas de valorização dos profissionais da atenção básica.

Um percentual expressivo dos entrevistados apontou ter participado do desenvolvimento de pesquisas para qualificação da APS no âmbito dos projetos PET-Saúde/SF, abrangendo as etapas de planejamento, elaboração, coleta de dados e discussão dos resultados. Esse foi um dos destaques do programa, que pode ser constatado ao se verificar as importantes temáticas adotadas pelos grupos tutoriais como linhas de pesquisa e a publicização de seus produtos em eventos científicos.

Entretanto, chamou a atenção o número de participantes que registrou participação nas pesquisas somente em alguns momentos no decorrer dos projetos ao qual estiveram vinculados, e os 14,35% que assinalaram não ter desenvolvido pesquisas para qualificação da APS, uma vez que a realização das mesmas era um dos pressupostos do programa. Algumas dificuldades relatadas nesse campo poderiam ser sanadas pelas IES com ampliação de qualificações direcionadas a estudantes e preceptores abordando

conteúdos relativos ao planejamento em saúde e à elaboração de projetos de pesquisa. Ainda, a definição de temáticas, a partir de linhas de cuidado, impulsiona uma maior participação integrada dos cursos da saúde e áreas afins.

No que se refere à existência de participação social no desenvolvimento do PET-Saúde/SF, a leitura atenta dos relatórios finais de atividades demonstrou haver diferentes níveis de envolvimento do controle social no decorrer dos projetos, desde uma mera representação formal, até a ativa participação na tomada de decisões. Ele deve ser fortalecido para que ocorra não só quando da pactuação dos projetos locais, mas efetivamente também durante seu desenvolvimento e nos processos avaliativos, visando garantir legitimidade e sustentabilidade das ações no nível local. O esforço de integração ensino-serviço deve contemplar a comunidade como espaço social participativo e estar centrada nas necessidades de saúde da população. A consolidação dos mecanismos que estimulam e propiciam a participação efetiva da sociedade no acompanhamento e controle da gestão dos processos educativos ainda representa um desafio.

Os participantes da pesquisa consideraram que o financiamento do PET-Saúde, por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos tutoriais, valoriza os sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade, contribuindo para a realização de ações de educação na saúde de acordo com as necessidades do SUS. Nesta perspectiva, outros trabalhadores da saúde e áreas afins poderiam ser integrados aos grupos tutoriais como bolsistas, a exemplo dos ACS que, conforme relatos de muitos coordenadores dos projetos locais, participaram de forma significativa no desenvolvimento das atividades previstas.

Efetivamente, a formulação do programa foi centrada nos atores estratégicos dos espaços de ensino e trabalho e sua potencialidade de melhorar a realidade, ao atuarem como agentes de mudanças da formação e da atenção em saúde. Com base nesse entendimento, foi desenvolvido um mecanismo para pagamento direto de bolsas aos participantes dos projetos locais. Essa nova modalidade de financiamento estabelecida pelo Ministério da Saúde mostra-se muito eficaz e imprimiu dinamicidade no apoio às ações de educação na saúde, contribuindo de forma muito significativa para a elevação da execução técnica e financeira dos recursos destinados à SGTES/MS.

Por outro lado, foram identificadas fragilidades no desenvolvimento dos projetos que precisam ser reconhecidas para seu enfrentamento, como rupturas no processo de integração ensino-serviço-comunidade devido a mudanças políticas e de gestão, a já

citada infraestrutura deficiente de muitas UBS (particularmente em determinadas regiões do país), a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e a falta de integração com outras ações de educação pelo trabalho.

Os atrasos relatados no pagamento das bolsas PET-Saúde/SF, mesmo que eventuais, são fruto de um processo de trabalho ainda não automatizado e que envolve diferentes áreas no Ministério da Saúde, como os departamentos de informática e financeiro do DEGES/SGTES e do FNS. Os processos mensais autorizando o pagamento das bolsas tramitam por esses departamentos por meios eletrônico e impresso, e qualquer falha operacional, ou mesmo a identificação de recursos insuficientes para o pagamento, retardam a viabilização dos repasses nas contas dos beneficiários do programa. Esse fluxo, portanto, deve ser aprimorado com o estabelecimento de rotinas que possibilitem os depósitos bancários nas datas acordadas.

Foi mencionado, em alguns relatórios, que apesar de ter havido qualificação dos serviços de saúde, há baixa institucionalização da avaliação e consequente dificuldade em se mensurar o impacto das intervenções e pesquisas realizadas pelo PET-Saúde/SF, além de relatos em que os coordenadores apontaram que problemas relacionados a recursos humanos, gestão e infraestrutura das unidades de saúde restringiram o alcance desses impactos.

A carência de profissionais na rede para exercerem a preceptoria foi descrita, assim como o fato de que muitas vezes não é compreendido o papel dos preceptores na supervisão dos acadêmicos, como atribuição inerente à prática profissional no SUS. Apesar disso, alguns relatórios registraram que o envolvimento e a responsabilização dos preceptores cresceram conforme iam se desenvolvendo os projetos. Aliás, houve destaque para o fato de que a experiência acumulada de semestres anteriores facilitou a execução das atividades realizadas pelos grupos tutoriais no último ano de desenvolvimento do PET-Saúde/SF.

Certos desafios para a realização de trabalhos interdisciplinares também foram assinalados, como por exemplo, resistência de alguns preceptores, fragmentação intra e interinstitucional das áreas/profissões, e dificuldades encontradas pelos estudantes na conciliação de horários, em geral, diferenciados entre os cursos. No entanto, também houve registros de experiências de atividades multiprofissionais e interdisciplinares que foram fruto de ações organizadas pelos grupos tutoriais, justamente em contraposição às práticas relacionadas aos estágios regulares dos diferentes cursos que apresentavam horários muitas vezes incompatíveis, que não propiciavam a prática interdisciplinar.

De todo modo, a pouca flexibilidade das matrizes curriculares, com grades horárias incompatíveis entre os cursos, foi relatada como um nó crítico em muitas universidades, implicando em insuficiente disponibilidade de tempo para que os estudantes pudessem participar de atividades em campo de forma integrada, especialmente nos casos em que as unidades de saúde estão mais distantes das IES.

Há que se considerar as distintas formas de inserção dos estudantes nos cenários de práticas, conforme a proximidade e os avanços de cada curso com o tema da saúde coletiva, alguns com um histórico já consolidado, e outros ainda sendo construído. Em cursos que tradicionalmente realizavam poucas atividades nos serviços de saúde, essa inserção foi mais lenta e gradual. Os diferenciados níveis de aproximação com a atenção básica, tanto do ponto de vista conceitual, quanto de vivências práticas, representaram um obstáculo ao desenvolvimento de determinados projetos, mas que muitas vezes foi superado a partir da troca de saberes e experiências entre os acadêmicos, fomentada pelos preceptores e tutores.

Os aspectos desafiadores da implementação de disciplinas integradoras também foram lembrados por muitos coordenadores, embora alguns tenham relatado a participação de todos os cursos da saúde em disciplinas como “práticas integradas em saúde”, que buscam o desenvolvimento de conhecimentos e análises do território e estimulam ações compartilhadas em saúde a partir das demandas identificadas na e pela comunidade.

Ainda que não tenha sido formulado para atuar diretamente na promoção de mudanças curriculares, os coordenadores e tutores acadêmicos apontaram também a influência do PET-Saúde nesse processo. Porém, superar a fragmentação do saber, compartimentalizado em disciplinas, e consolidar a readequação curricular dos cursos de graduação na área da saúde, em consonância com as DCN, permanece como um desafio. O currículo integrado, que articula dinamicamente trabalho e educação, teoria e prática, ensino e comunidade, implica em profundas mudanças nos modos de ensinar e aprender, continuando ainda, na maioria dos casos, no campo das intenções.

De qualquer forma, os projetos pedagógicos dos cursos vêm avançando no caminho de uma estruturação curricular mais flexível e adequada à formação de profissionais-cidadãos, com senso de responsabilidade social, em que a interdisciplinaridade e a participação dos estudantes são fundamentais.

Como foi possível observar no capítulo que apresentou as fragilidades encontradas no desenvolvimento dos projetos e mecanismos de superação, algumas das

propostas apresentadas pelos grupos tutoriais para enfrentamento das dificuldades dependem de definições no nível federal, mas muitas delas podem ser implementadas no nível local. Exemplificando, alguns dos relatórios apontaram que certos problemas identificados no decorrer dos projetos, como aqueles referentes ao já mencionado quesito “comunicação”, foram equacionados a partir de ferramentas possibilitadas pela própria educação permanente em saúde e com a criação de blogs, fóruns e chats de discussão.

Além disso, em determinados projetos PET-Saúde/SF, faltaram contrapartidas das IES e/ou das unidades de saúde para apoio às ações de integração ensino-serviço-comunidade, no que se refere a gastos com participação em eventos científicos e elaboração de material educativo, aquisição de material de consumo, e outras despesas correntes e de capital necessárias na execução das atividades. A efetiva parceria entre os serviços e as instituições de ensino viabilizaria essas demandas locais.

Objetivando a superação de algumas das fragilidades identificadas neste estudo, os novos editais PET-Saúde devem ressaltar a importância de se avançar para a institucionalização das ações, com efetivo envolvimento das parcerias estabelecidas e fortalecimento das instâncias locais de gestão compartilhada; a necessidade de articulação com outras iniciativas de educação pelo trabalho, como as residências médicas/multiprofissionais e o Telessaúde; a incorporação de novas tecnologias; a adequação do cronograma dos cursos à lógica e realidade dos serviços de saúde; e a integração dos serviços próprios universitários com a rede SUS.

Deve-se avançar no que diz respeito aos processos avaliativos, tanto no nível local, como no nível federal de gestão. A avaliação das ações implementadas e do impacto destas nas redes de saúde precisa ser institucionalizada a partir da definição prévia de indicadores e metas, estabelecidos em conjunto, que possibilitem aprimorar o monitoramento e a avaliação dos projetos PET-Saúde.

Cabe ainda problematizar as relações assimétricas de poder nas e entre as instituições envolvidas no processo de integração ensino-serviço-comunidade. É comum nas instituições de ensino que programas e políticas, que representem mudanças de paradigmas, passem ao largo de suas estruturas mais representativas de poder e sofram resistências à sua incorporação institucional. Muitas vezes predominam interesses de grupos hegemônicos, o que reduz o impacto de estratégias como o PET-Saúde, cuja implementação fica restrita a certos departamentos, como o de medicina preventiva e social, e sob responsabilidade de docentes vinculados a disciplinas como a saúde

coletiva, não ocorrendo difusão para os demais setores e institucionalização. O desafio em sensibilizar um número maior de docentes sobre a importância das mudanças na graduação persiste, de forma a contemplar a totalidade do corpo discente, para além dos integrantes dos grupos tutoriais.

Programas como o PET-Saúde têm um papel indutor importante e próprio da gestão federal na promoção das necessárias mudanças no campo da educação na saúde. Para além de limitações temporais e de caráter verticalizado, devem atuar como estratégias para a consolidação da integralidade do cuidado. Neste sentido, espera-se que os processos de integração entre os serviços públicos, as universidades e a população adstrita sejam naturalmente incorporados nas atividades locais de ensino-aprendizagem.

Para viabilizar processos de mudanças na graduação, faz-se necessário o efetivo envolvimento dos sujeitos que operam nos diferentes universos do trabalho, do ensino e do controle social. Alterar currículos, por si só, não garante a transformação de práticas de atenção e formação. A reflexão sobre os atos de educar e cuidar, promovida pela EPS, tem um papel fundamental na reorientação da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Neste aspecto, um dos resultados positivos do programa, conforme relatos dos coordenadores PET-Saúde/SF, foi que o mesmo ampliou expressivamente as atividades de educação permanente junto aos serviços da APS, por meio do trabalho desenvolvido pelos grupos tutoriais multiprofissionais e interdisciplinares.

Considerando que características inerentes ao programa estimulam a problematização e a busca de soluções coletivas para os problemas identificados no cotidiano das unidades de saúde e outros cenários de ensino-aprendizagem, infere-se o caráter de educação permanente intrínseco ao mesmo e seu alinhamento aos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Desta forma, e ainda em consonância com os resultados da pesquisa, meu entendimento é que o PET-Saúde deva ser repensado como uma estratégia centrada em um horizonte de mais longo prazo, integrante dessa política instituída pelo DEGES/SGTES/MS, e orientado por normatizações que favoreçam sua sustentabilidade.

Assim sendo, recomenda-se uma ampliação e institucionalização do programa de bolsas de educação pelo trabalho direcionadas ao aprimoramento da formação técnica, da graduação e da pós-graduação stricto e lato sensu em áreas de conhecimento e regiões do país estratégicas para o SUS. Essa ação deve permanecer caracterizada pela

articulação do ensino e da pesquisa com as demandas sociais em saúde, com atuação interdisciplinar junto à comunidade, o que possibilita uma visão integrada e multidimensional de cada realidade local. Por conseguinte, contribuiria não só para o desenvolvimento dos trabalhadores e qualificação da assistência prestada à população, mas também para a alocação de profissionais de saúde em locais com dificuldades de provimento.

O recém-lançado edital PET-Saúde/Redes busca apoiar a atuação em todos os níveis de atenção, na perspectiva das RAS e em sintonia com a regionalização da atenção. O fortalecimento da APS, como cenário privilegiado do desenvolvimento da clínica ampliada e ordenadora das Redes, permanece como diretriz. A educação permanente, a participação social, a educação interprofissional, a centralidade nas necessidades em saúde da população e a gestão compartilhada, são alguns de seus pressupostos. Sendo assim, reafirma-se o comprometimento do programa com a sociedade que o financia e com a qualificação da formação no SUS e para o SUS.

As transformações esperadas, justamente por envolverem mudanças de paradigmas e novas formas de agir e pensar em saúde, não se concretizam rapidamente. O PET-Saúde/SF contribuiu nesse processo e os novos editais avançam na construção da integralidade da atenção, embora desafios importantes estejam colocados em sua trajetória.

Enquanto participante desses movimentos no nível federal da gestão, procurei neste trabalho imprimir um exercício de sucessivas aproximações e distanciamentos do objeto estudado, para a melhor compreensão do programa e sua proposta de integração ensino-serviço-comunidade.

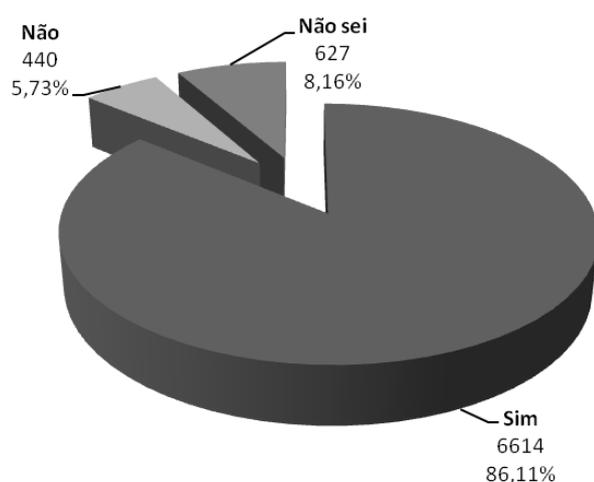
Assim é que, objetivando elucidar aspectos do processo de formulação, implantação e desenvolvimento do PET-Saúde/SF, esta investigação pretende contribuir para a definição de seus futuros desdobramentos. O estudo visa promover reflexões que certamente não se esgotam nesta dissertação, pois é certo que, ao buscarmos respostas, encontraremos também novas questões.

Por fim, concluo apresentando alguns depoimentos de integrantes dos grupos tutoriais extraídos dos relatórios de atividades e a opinião dos entrevistados sobre se gostariam de integrar uma possível nova edição do programa.

O expressivo número de participantes que responderam afirmativamente à questão, em todos os segmentos representados (82,40% dos estudantes, 90,17% dos coordenadores/tutores e 96,53% dos preceptores), reflete uma percepção geral positiva

em relação ao PET-Saúde, conforme apresentado no gráfico 31 e tabela 30. Em que pesem as fragilidades apontadas em detalhes nos relatórios dos coordenadores e nas avaliações e pesquisas realizadas com os integrantes dos grupos tutoriais no nível local, estratégias de superação foram discutidas e implementadas e a manifestação do desejo de novamente participar do programa demonstra uma identificação com seus propósitos.

**Gráfico 31 - Opinião dos entrevistados sobre se gostariam de integrar uma possível nova edição do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.**



Base: 7681 respondentes

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

**Tabela 30 - Opinião dos entrevistados, por segmento representado, sobre se gostariam de integrar uma possível nova edição do PET-Saúde/SF. Brasil, 2012.**

Você gostaria de participar de uma possível nova edição do PET-Saúde/SF?	Coordenadores e Tutores		Preceptores		Estudantes	
	n	%	n	%	n	%
Sim	422	90,17	1698	96,53	4494	82,40
Não	18	3,85	18	1,02	404	7,41
Não sei	28	5,98	43	2,45	556	10,19
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>1759</b>	<b>100</b>	<b>5454</b>	<b>100</b>

Base: 7681 respondentes (468 coordenadores/tutores, 1759 preceptores e 5454 estudantes)

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

*“...Nestes dois anos, em cada atividade realizada me era mostrada uma nova realidade que transcendia os muros da universidade, pois, tudo que me era passado em apresentações de ‘datashow’ meu olhos vivenciavam ao vivo. Era o encontro entre a teoria e a prática, o momento de mostrar que tudo que me foi ensinado para construir um sistema melhor deveria agora ser utilizado...” (estudante PET-Saúde/SF).*

*“...A peça de teatro ‘Prevenir é melhor que se ferrar’, que aborda prevenção de gravidez e DSTs na adolescência, cujos autores são participantes do PET, agentes comunitários e profissionais da UBS..., somente em 2011 atingiu mais de 3500 crianças/adolescentes das escolas municipais e estaduais do município...” (coordenador PET-Saúde/SF).*

*“...O fato de considerarmos a realidade da prática profissional com um olhar de pesquisador tem sido uma experiência bastante importante, visto que nos dedicamos, em um determinado período, a voltar neste cenário e produzir conhecimento demandado da necessidade local. Um exemplo significativo foi quando chegamos a uma comunidade e problematizamos junto à equipe da USF questões para possíveis propostas de intervenção, com o objetivo de dividir conhecimentos e produzir ato em saúde...” (Assistente Social do NASF e preceptora PET-Saúde/SF).*

*“...Podemos afirmar com tranquilidade que, se não foi possível modificar o processo de trabalho nas USF, ao menos provocamos discussões significativas sobre esta necessidade. Isso porque, ao longo deste período de inserção do PET-Saúde nos serviços, pudemos evidenciar algumas mudanças: melhorias na relação entre os trabalhadores da unidade, especialmente do médico com os demais, valorização do diálogo e do trabalho em equipe; valorização do trabalho dos ACS...” (coordenador PET-Saúde/SF).*

*“...Não foi uma visita. Não foi um texto. Não foi uma reunião. Não foram experiências específicas que me marcaram no PET – diabetes. O que ficou mais evidente na memória foi o projeto como um todo e a minha mudança de visão em relação ao paciente... Uma diabetes bem controlada requer uma tríade impecável – medicação, dieta, exercícios. Entretanto, os problemas para se controlar a doença não são só três: são muito mais, indo desde dificuldades financeiras à frágil relação médico-paciente. Talvez não a visita, o texto ou a reunião, mas o conjunto da obra me atentou mais ao paciente. Saber ouvir e saber contar (fazendo narrativas, por exemplo) abre nossos olhos. A realidade diferente todos nós sabemos que existe. O que nos foi mostrado agora é a dificuldade de se adaptar o tratamento a essa realidade e isso o PET fez bem...” (estudante PET-Saúde/SF).*

*“...A metodologia de problematização, com auxílio do enfoque da educação popular em saúde, possibilitou aos envolvidos a construção de um novo modelo de atuação em educação para a saúde, no qual a comunidade é vista como colaboradora no processo educacional, o que aproxima a todos e fortalece o vínculo entre a comunidade, a equipe de saúde e os estudantes. É notável a adesão da comunidade ao trabalho, sendo possível afirmar que caminhamos na direção da promoção do estímulo e da autonomia no cuidado em saúde junto da população assistida. Em relação à qualificação dos serviços, percebe-se que há mais integração entre a equipe e a IES, que se consolida a cada ano de desenvolvimento do programa...” (coordenador PET-Saúde/SF).*

*“...O PET, em verdade, me sensibilizou para uma realidade pouco abordada nas Escolas Médicas: as Estratégias desenvolvidas pelo nosso Sistema Único de Saúde junto à Atenção Básica, buscando não só promover saúde, mas repensar saúde, e, certamente, esta dinâmica, que supera o mero assistencialismo, tornando os Serviços de Saúde mais que um esfigmomanômetro, uma balança e uma vacina, um espaço de produção intelectual, prática e dialética em Cuidado e Bem Estar foi o que mais me fascinou nestes dois anos de atividade...” (estudante PET-Saúde/SF).*

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: 2001.
3. Ferreira JR. Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais. In: Santana JP, Almeida, MJ. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 7. Brasília: 1994.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Profae. Formação: qualificação profissional e saúde com qualidade. Brasília: 2001.
5. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília: 2001.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: 2002.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área de saúde. Brasília: 2004.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do SUS. Brasília: 2003.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 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: 2007.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. Brasília: 2004.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: 2007.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: 2007.

13. Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta nº 2, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde/Saúde da Família. Brasília: 2010.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília: 2009.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005. Aprova critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde considerando sua relevância social e projeto pedagógicos coerentes com as necessidades sociais. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2005.
16. Brasil, Ministério da Educação. Resoluções da Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação. Instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde. Brasília: 2001 e 2002.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª Ed. Brasília: 2007.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.
19. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
20. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
21. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: 2004.
22. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas; 1987.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 196/96. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
24. Dye TR. Understanding Public Policy. Cap. 1: Policy Analysis: what government do, why they do it, and what difference it makes. Prentice Hall, New Jersey: 1992.
25. Peters BG. American Public Policy. New Jersey: Chatham House; 1986.
26. Laswell HD. Politics: Who Gets What, When, How. Cleveland, Meridian Books: 1936/1958.
27. Lindblom CE. The Science of Muddling Through. Public Administration Review: 1959.

28. Lindblom CE. Still Muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*: 1979.
29. Easton D. *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1965.
30. Souza C. O Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E (orgs). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
31. Poulantzas N. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
32. Dagnino R *et al.* *Gestão Estratégica da Inovação: metodologias para análise e implementação*. Taubaté: Ed. Cabral Universitária; 2002.
33. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Company; 1984.
34. Capella AC. *Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas*. BIB, São Paulo: 2006.
35. Jannuzzi P. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. In: *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, nº 1. Brasília: 2011.
36. Frey K. *Políticas Públicas: um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil*. Planejamento e Políticas Públicas, nº 21. Brasília: 2000.
37. Silva PLB, Melo MA. *O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos*. Unicamp - NEPP, Caderno 48. Campinas: 2000.
38. Sabatier PA. *Theories of the Policy Process*. 2ª ed. Boulder, Colorado: Westview Press; 2007.
39. Browne A, Wildavsky A. What Should Evaluation Mean? In: Pressman JL, Wildavsky A (Orgs.). *Implementation*. Berkeley: University of California Press; 1984.
40. Silva MOS. *Avaliação de Políticas Públicas e Programas Sociais: Aspectos Conceituais e Metodológicos*. In: Silva, MOS (Org.). *Avaliação de Políticas Públicas e Programas Sociais: teoria & prática*. São Paulo: Veras; 2001.
41. Garcia RC. *Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental*. Texto para discussão nº 776 – IPEA. Brasília: 2001.
42. Donabedian A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 1966.

43. Draibe SM. Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB (orgs). Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001.
44. Freire P. Educação como Prática da Liberdade. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
45. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
46. Piaget J. Para Onde Vai a Educação? 10ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1988.
47. Sen A. Development: Which Way Now? In: Jameson KP, Wilber CK. The Political Economy of Development and Underdevelopment. 6ª edição. New York: McGraw-Hill; 1996.
48. Przeworski A. Sobre o Desenho do Estado: uma perspectiva *agent x principal*. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK (orgs). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 7ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005.
49. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília: 2005.
50. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Decreto de 20 de Junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: 2007.
51. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
52. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16/02/2012.
53. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília: 2004.
54. Haddad AE et al. Política Nacional de Educação na Saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 32, p. 98-114. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2008.
55. Haddad AE et al. Formação de Profissionais de Saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Revista de Saúde Pública (USP Impresso), v. 44, nº 3, p. 383-393. São Paulo: 2010.

56. Marsiglia RG. Relação Ensino-Serviços: dez anos de integração docente assistencial - IDA no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1995.
57. Arouca S. Depoimento sobre a reforma sanitária brasileira: 1998. Disponível em <[http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05\\_p.htm](http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05_p.htm)>. Acesso em 15/11/2012.
58. Paim J. et al. The Brazilian Health System: history, advances, and challenges. *The Lancet*: 2011. Acesso em 15/11/2012. Disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)>.
59. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R., Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.
60. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: 2009.
61. Rovere MR. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: Haddad J, Roschke MAC, Davini MC. Educacion Permanente de Personal de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington DC: OPS; 1994.
62. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, nº 16. Botucatu: 2004.
63. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem - Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005.
64. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, nº 1. Rio de Janeiro: 2004.
65. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006.
66. Haddad AE et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Cadernos da ABEM. O SUS como escola – referencial para o debate – COBEM 2009, v. 5, p. 6-12. Rio de Janeiro: 2009.
67. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Pró-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. Brasília: 2005.

68. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza concessão de bolsas para o PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET. Brasília: 2005.
69. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: 2005.
70. Arouca ASS. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNESP. Campinas: 1975.
71. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010.
72. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011.
73. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 12, de 3 de setembro de 2008. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília: 2008.
74. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 1, de 5 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010/2011.
75. Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 4, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria 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: 2010.
76. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do PET-Saúde. Brasília; 2010.
77. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Plano Plurianual - PPA 2008-2011. Disponível em <[www.planejamento.gov.br/](http://www.planejamento.gov.br/)>. Acesso em 23/04/2012.
78. Brasil, Senado Federal. Lei Orçamentária Anual - LOA 2008-2011. Execução da Despesa por Programação. Disponível em <[www.sigabrasil.com.br/](http://www.sigabrasil.com.br/)>. Acesso em 23/04/2012.
79. Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=42198](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=42198)>. Acesso em 20/04/2013.

## ANEXO I

### Instrumento para Entrevistas com os Coordenadores

#### Relatório Técnico Final de Atividades PET-Saúde/Saúde da Família

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde da Família  
 Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
 Ministério da Saúde

Prezados(as) Coordenadores(as) PET-Saúde/Saúde da Família,

O relatório técnico final das atividades dos grupos PET-Saúde/SF estará disponível para preenchimento neste formulário, no período de **04 de abril a 15 de maio de 2012**, e poderá ser respondido integralmente, de uma só vez, ou ser gravado para posterior alteração.

Para alterá-lo, o respondente deve gravar as informações antes de sair; em seguida aparecerão os itens que já foram preenchidos e a seguinte mensagem: “*Anote o código a seguir para alterar futuramente o seu cadastro*”. O Programa fornecerá o nome do formulário, endereço eletrônico e o código para alteração. **Será possível fazer alterações até o dia 15 de maio de 2012.**

Importante observar se o formulário aparece **na íntegra** nessa tela de confirmação, com **data e hora do envio** ao final.

Registramos que deve ser preenchido apenas 1 formulário por projeto, pelo coordenador, que deve consolidar o trabalho de todos os grupos, no caso de projetos que envolvam mais de um grupo PET-Saúde.

***OBS.: Não é necessário enviar a este Departamento o relatório final por e-mail ou pelo correio; basta o preenchimento no FormSUS.***

Atenciosamente,  
 COORDENAÇÃO PET-SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
 SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### \* Preenchimento Obrigatório

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

#### Identificação do Projeto

1) **Instituição de Educação Superior (IES):**

2) **Município/Estado onde o projeto se desenvolve:**

3) **Coordenador do Projeto:**

4) **E-mail do coordenador do Projeto:**

5) **Curso(s) e semestre(s) envolvido(s) no Projeto PET-Saúde/Saúde da Família 2010/2011:**

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
Biomedicina:	<input type="checkbox"/>											
Ciências Biológicas:	<input type="checkbox"/>											
Educação Física:	<input type="checkbox"/>											
Enfermagem:	<input type="checkbox"/>											
Farmácia:	<input type="checkbox"/>											
Fisioterapia:	<input type="checkbox"/>											
Fonoaudiologia:	<input type="checkbox"/>											
Medicina:	<input type="checkbox"/>											
Medicina Veterinária:	<input type="checkbox"/>											
Nutrição:	<input type="checkbox"/>											
Odontologia:	<input type="checkbox"/>											
Psicologia:	<input type="checkbox"/>											
Serviço Social:	<input type="checkbox"/>											
Terapia Ocupacional:	<input type="checkbox"/>											

**Articulação ensino-serviço-comunidade**

6) **Articulação com o Pró-Saúde (quando houver Pró-Saúde na IES):**

As atividades foram realizadas conjunta e articuladamente entre os dois projetos? Descreva.

7) **Articulação ensino / serviço:**

Há instrumento jurídico legal entre IES e Secretaria de Saúde? A agenda de atividades do projeto foi construída em conjunto pela IES e pelos representantes dos serviços de saúde?

8) **Como se deu o envolvimento de todas as Instituições, incluindo controle social?**

Houve participação/trabalho conjunto da IES e Secretaria de Saúde? Existem mecanismos que garantem o controle social (participação de representantes de conselhos locais, municipais)?

9) **Como se deu a articulação com as residências médicas e multiprofissionais e com demais políticas da SGTES/MS (especialmente UNA-SUS e Telessaúde)?**

Houve atividades comuns junto a outras políticas/ações da SGTES/MS?

**Sustentabilidade**

10) **Quais são os mecanismos existentes para garantir a permanência dos resultados dos programas?**

A IES está presente no CMS, CIES, CIB, CIR, conselhos locais? Se sim, que acordos foram celebrados?

11) **Houve influência na matriz curricular e/ou no projeto pedagógico do (s) curso (s) envolvido (s)? De que forma?**

12) Houve alteração na matriz curricular / conteúdos / organização dos conteúdos e integração de disciplinas e cursos em decorrência do PET-Saúde? Se sim, qual foi a alteração?

13) Houve institucionalização de bolsas? Como se deu o processo? Quem financiou/financia? :

Há movimento na instituição buscando valorizar os professores por meio de bolsas ou outros incentivos?

14) Houve valorização da assistência dentre as atividades desenvolvidas pelos docentes? Estas atividades resultaram em novas práticas?

15) Houve valorização curricular (para estudantes, tutores e preceptores) das atividades do PET-Saúde em seleções de residência, ingresso em pós-graduação, concessão de bolsas, concursos para docentes?

16) Houve fortalecimento da APS/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares (disciplinas integradoras, ampliação e diversificação de cenários de prática)?

17) Houve desenvolvimento de atividades interprofissionais/multiprofissionais? Quais?

18) Houve ampliação de carga horária no (s) curso (s) em relação às atividades realizadas nas UBS? Em quais disciplinas?

19) Como a coordenação do PET-Saúde/Núcleo de Excelência Clínica Aplica a Atenção Básica (NECAAB)/Núcleo de Pesquisa se articulou com: Comissão de Gestão e Acompanhamento Local do Pró-Saúde (quando houver), com Colegiado dos cursos, com Pró-Reitorias de :

Houve algum processo que buscou aproximar/articular essas instâncias formais da instituição de ensino com o PET-Saúde?

Vinculação do estudante com o serviço e as prioridades locorregionais

20) Serviços de Saúde/CNES onde foram desenvolvidas as atividades do projeto PET-Saúde/SF 2010/2011:

Listar serviços e respectivos CNES.

21) Como se deu a inserção dos alunos nos serviços?

O aluno realizou atividades de pesquisa em todas as fases de seu desenvolvimento (elaboração, planejamento, coleta de dados, discussão dos resultados) e de assistência (promoção, prevenção, atendimento clínico, reabilitação)?

22) Como as atividades de assistência (extra-pesquisa) foram registradas e podem trazer contribuições para o serviço de saúde e para a formação do estudante?

Atores envolvidos; Objetivo destas atividades; relevância das atividades; produtos; percentual de alunos que efetivamente participam das atividades.

23) O aluno se envolveu em outras atividades não previstas inicialmente no projeto a partir de necessidades apontadas pelo serviço no decorrer do seu desenvolvimento (campanhas, combate à dengue)? Quais?

24) Houve qualificação do serviço, dos processos de trabalho e para a IES como desdobramento das atividades de pesquisa e assistência?

Houve qualificação dos recursos humanos, construção conjunta de novos protocolos ou atividades que puderam ser incorporadas aos serviços? Os resultados das intervenções e/ou pesquisa contribuem para a qualificação dos serviços de saúde?

## Articulação da pesquisa com a qualificação da formação

25) **Quantos foram os produtos (artigos, livros, apresentações em eventos)?**

Anexar quadro resumo dos trabalhos apresentados e/ou publicados conforme modelo enviado por e-mail.

26) **Aqui você pode anexar resumo de até 10 (dez) trabalhos apresentados/publicados. Os trabalhos devem ser decorrentes das intervenções e pesquisas realizadas no âmbito do PET-Saúde/SF:**

Anexar resumo de até 200 palavras com descrição do problema/justificativa, objetivo, método (tipo de estudo e população), resultados (mesmo que preliminares) e conclusões.

27) **As atividades de pesquisas decorreram das atividades assistenciais desenvolvidas pelo estudante no serviço?**

28) **O(s) tema(s) da(s) pesquisa(s) foi(foram) proposto(s) em conjunto, fruto da necessidade do serviço/ comunidade/ demandas locais ou foi(foram) uma proposição da IES?**

Houve participação dos profissionais na identificação/concepção do problema da pesquisa? Qual foi o papel dos preceptores, tutores e alunos no desenvolvimento da pesquisa?

29) **Houve relação com educação permanente no processo de desenvolvimento da pesquisa (cursos de metodologia e/ou sobre temas relacionados à pesquisa, reuniões sistemáticas de acompanhamento da pesquisa, discussão dos métodos, resultados obtidos)?**

Identificar o tipo de EP que foi realizada para a pesquisa (cursos de metodologia de pesquisa, oficinas, disciplinas optativas, cursos de qualificação...) e se esta atividade foi dirigida para os profissionais dos serviços.

30) **Caso deseje detalhar as atividades de pesquisa, você pode enviar arquivo anexo de no máximo 800kb.**

## Fragilidades e Fortalezas; Desafios e Perspectivas

31) **Houve problemas relacionados à infraestrutura, preceptoria, matrizes curriculares e/ou outros?**

Listar as fragilidades/nós críticos.

32) **Quais as ações desenvolvidas para superação dessas fragilidades?**

33) **Há mecanismos institucionais que garantam os avanços? O que a instituição fez/faz para consolidá-los?**

34) **Houve avaliação do grupo sobre o processo de trabalho? O grupo fez propostas para superação das dificuldades?**

Faça uma descrição do percurso.

## Anexo

35) **Aqui você pode anexar fotos, folders e outras informações que considerar importantes:**

Anexe um único arquivo até o limite máximo de 800KB. Caso seu arquivo seja maior, você pode enviar para [petsaude.sgtes@gmail.com](mailto:petsaude.sgtes@gmail.com)



Gravar

**Atenção:** Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

## ANEXO II

**Instrumento utilizado para Entrevistas com Coordenadores, Tutores, Preceptores e Estudantes PET-Saúde/Saúde da Família**

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde da Família  
 Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
 Ministério da Saúde

Prezado(a) participante do PET-Saúde/Saúde da Família,

Você está sendo convidado(a) a responder algumas perguntas sobre o *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde da Família*.

Suas respostas visam qualificar o programa, uma vez que os resultados desta pesquisa serão amplamente divulgados e subsidiarão a gestão federal da educação na saúde, contribuindo na definição de seus desdobramentos políticos.

A presente investigação tem por objetivo levantar, sistematizar e analisar a percepção dos sujeitos integrantes do programa em relação ao PET-Saúde/SF enquanto estratégia de integração ensino-serviço-comunidade, no processo de reorientação da formação profissional em saúde.

Sua participação consiste em responder às perguntas que seguem até o dia 06 de Agosto de 2012. Ela é livre e voluntária, sendo que você participa da pesquisa sem precisar se identificar; assim, a segurança e o sigilo de suas respostas serão preservados. O preenchimento deste formulário, que não deve ocupar mais que 10 minutos de seu tempo, resulta em concordância para possível publicação dos resultados da pesquisa.

Após concluir o preenchimento, clique no botão "Gravar", no final do formulário.

Ressaltamos mais uma vez a importância de suas respostas para a qualificação do PET-Saúde.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Atenciosamente,

COORDENAÇÃO PET-SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

\* Preenchimento Obrigatório

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

#### Questões da Entrevista

1) Estado:

2) Município:

3) Categoria de participação no PET-Saúde/Saúde da Família: \*

4) Qual é sua formação profissional básica ou em curso?

Biomedicina

Ciências Biológicas

Educação Física

Enfermagem

Farmácia

Fisioterapia

- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

5) **Outra. Qual?**

6) **Tempo de Participação no PET-Saúde/SF: \***

7) **Qual sua compreensão sobre os objetivos do PET-Saúde/Saúde da Família?** Você pode selecionar mais de uma opção.

- O Programa promove a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade.
- O Programa favorece mudanças curriculares.
- O Programa está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da saúde.
- O Programa estimula o desenvolvimento de atividades em Unidades Básicas de Saúde.
- O Programa estimula o desenvolvimento de atividades junto à comunidade local.
- O Programa estimula o desenvolvimento de pesquisas para a qualificação da atenção primária à saúde.

8) **Sua participação no PET-Saúde repercutiu de que forma no seu desenvolvimento/formação profissional?**

- Muito positivamente.
- Positivamente.
- Não interferiu no meu desenvolvimento/formação profissional.
- Prejudicou meu desenvolvimento/formação profissional.

9) **Em que área o PET-Saúde/SF mais contribuiu para a sua formação profissional?**

- Ensino (embasamento teórico sobre saúde coletiva)
- Pesquisa (planejamento e execução de projeto de pesquisa)
- Extensão (planejamento e execução de ações direcionadas à comunidade local)
- Todas as áreas descritas acima
- Nenhuma das áreas descritas acima
- Não sei responder

10) **Na sua opinião, as atividades foram desenvolvidas de forma integrada entre diferentes cursos/disciplinas de graduação e envolveram distintas profissões da área da saúde?**

- Sim, efetivamente houve envolvimento e integração entre diferentes cursos, disciplinas e profissões da saúde.
- Houve envolvimento de diferentes cursos, disciplinas e profissões, porém sem integração entre eles.
- Não houve envolvimento de diferentes cursos, disciplinas e profissões no desenvolvimento das atividades previstas.

11) Você considera que o programa promoveu uma ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem (cenários de práticas)?

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei responder

12) Como você avalia a(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) em que desenvolve(u) atividades, enquanto cenário(s) de práticas do PET-Saúde/SF?

- Excelente  
 Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim

13) De uma forma geral, a estrutura física da(s) UBS foi adequada para a realização das atividades previstas no PET-Saúde?

- Sim  
 Não  
 Parcialmente

14) Você considera que o programa contribui para uma formação profissional de acordo com as necessidades do SUS?

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei responder

15) Na sua avaliação, as atividades desenvolvidas no PET-Saúde/SF têm contribuído para os serviços do Sistema Único de Saúde?

Considerar se houve qualificação dos profissionais de saúde, construção conjunta de novos protocolos ou atividades que puderam ser incorporados aos serviços; se os resultados das intervenções e/ou pesquisa(s) contribuíram para a qualificação dos serviços de saúde.

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei responder

16) Na sua avaliação, os estudantes inseridos nos serviços de saúde realizaram atividades de assistência (promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, atendimento clínico, reabilitação)?

- Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sei responder

17) O grupo PET-Saúde/SF ao qual esteve vinculado(a) se envolveu em outras atividades não previstas inicialmente no projeto, a partir de necessidades apontadas pelos serviços de saúde/comunidade (campanhas, combate à dengue, etc.)?

- Sim, frequentemente
- Sim, de forma eventual
- Não, as atividades restringiram-se ao projeto original e ao previsto no currículo
- Não sei responder

18) **Você considera que houve fortalecimento da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família nas unidades curriculares?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei informar

19) **Quais dos aspectos abaixo você considera terem dificultado a integração ensino-serviço-comunidade?**  
Você pode selecionar mais de uma opção.

- Resistência dos profissionais da UBS não participantes do PET-Saúde
- Resistência dos gestores em liberar os profissionais para as atividades de ensino
- Resistência dos usuários da UBS
- Relacionamento interpessoal
- Comunicação
- Pouca capacitação pedagógica do(s) preceptor(es) para receber estudantes
- Perfil inadequado do(s) estudante(s)
- Perfil inadequado do(s) tutor(es) acadêmico(s)
- Rigidez nas propostas de trabalho
- Nenhuma dificuldade foi encontrada
- Não sei responder

20) **Na sua opinião, houve um trabalho conjunto entre a instituição de ensino e os serviços públicos de saúde para o desenvolvimento das atividades dos grupos PET-Saúde/SF?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei responder

21) **Você considera que as atividades desenvolvidas pelos grupos PET-Saúde/SF beneficiaram de alguma forma a comunidade local?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei responder

22) **Você participou de alguma Pesquisa para Qualificação da Atenção Primária em Saúde como parte das atividades previstas no PET-Saúde/SF?**

Considerar todas as fases de seu desenvolvimento (planejamento, elaboração, coleta de dados, discussão de resultados).

- Sim, participei do desenvolvimento de pesquisa(s) durante todo o período de minha participação no projeto PET-Saúde/SF ao qual estive vinculado(a).
- Sim, participei do desenvolvimento de pesquisa(s), mas somente em alguns momentos/períodos no decorrer do projeto PET-Saúde/SF ao qual estive vinculado(a).
- Não desenvolvi nenhuma atividade de pesquisa durante minha participação no PET-Saúde/SF.

23) Na sua opinião, houve envolvimento do controle/participação social no decorrer do projeto ao qual esteve vinculado?

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei responder

24) Qual sua percepção sobre o financiamento do programa por meio do repasse direto de bolsas aos integrantes dos grupos PET-Saúde/SF? Você pode selecionar mais de uma opção.

- Viabiliza/agiliza/fortalece o financiamento de ações de educação na saúde de acordo com as necessidades do SUS.
- Trata-se de uma ampliação nas modalidades de financiamento das ações de educação na saúde.
- Valoriza os sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade.
- Não concordo com o repasse direto de bolsas aos integrantes do programa.
- Considero que o financiamento da educação na saúde deve se restringir aos convênios com instituições de ensino e repasses do Fundo Nacional aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.
- Não sei responder.

25) Você recebeu regularmente/mensalmente as bolsas PET-Saúde, enquanto participante do programa?

- Sim, pontualmente.
- Sim, mas com atrasos eventuais/ocasionais no repasse das bolsas.
- Sim, mas com atrasos frequentes no repasse das bolsas.
- Não. Fui bolsista do programa, mas problemas cadastrais/operacionais inviabilizaram o repasse das bolsas.
- Não, pois minha participação ocorreu como voluntário; não fui bolsista do programa.

26) Você gostaria de participar de uma possível nova edição do PET-Saúde/SF?

- Sim
- Não
- Não sei

27) Aqui você pode fazer breves comentários sobre qualquer uma das questões e/ou apontar algum aspecto que considere importante sobre o PET-Saúde/SF, como elementos que facilitaram ou dificultaram o desenvolvimento do programa:



Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.